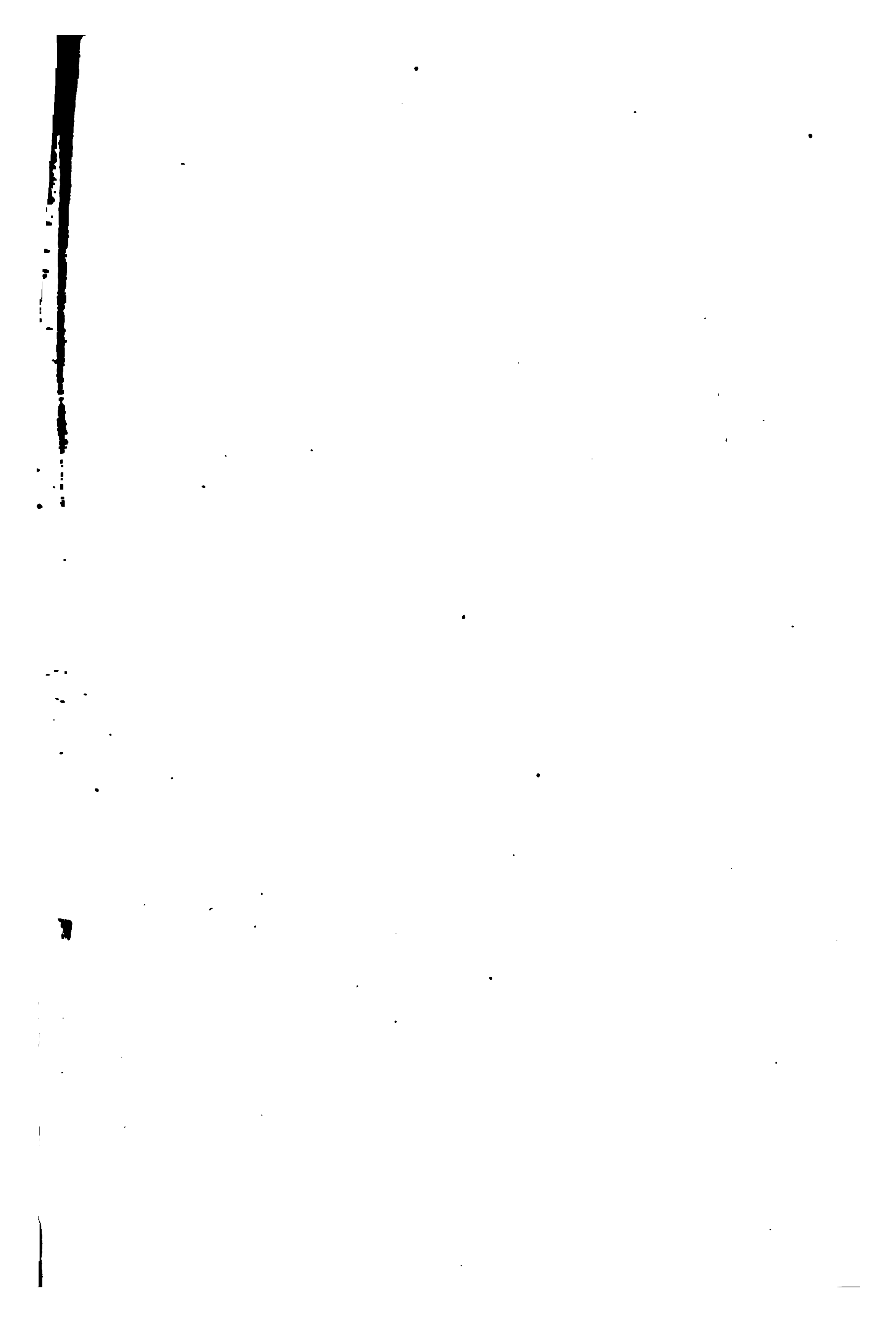
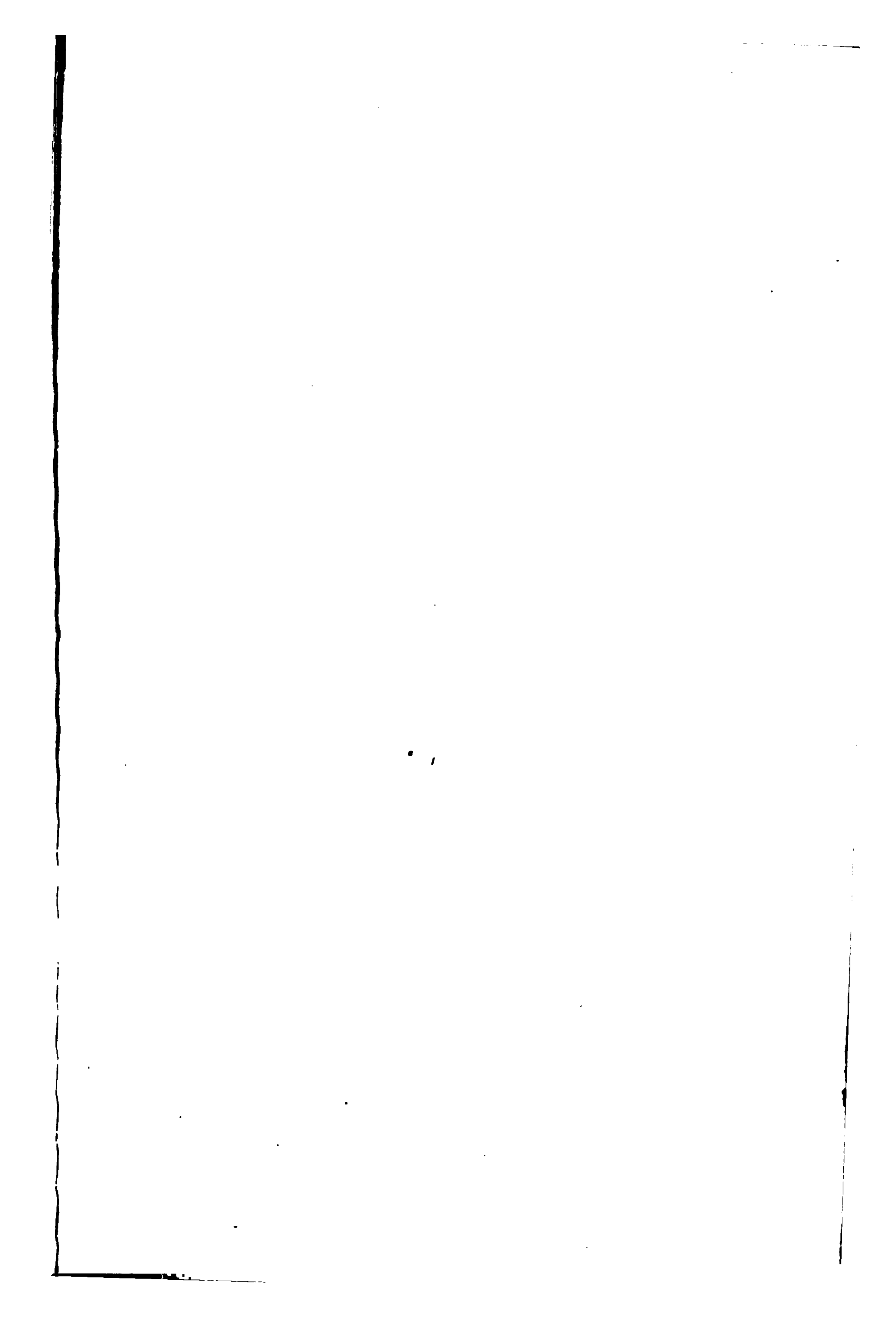




Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

1901.

Originalmittheilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE



herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 5. Januar.** **1901.**

Inhalt.

I.

(Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Breslau.)

Operation einer Nabelschnurhernie mit Resektion des vorgefallenen Leberlappens.

Von

Otto Küstner.

Das männliche Kind W. wurde unmittelbar nach seiner Geburt aus der Poliklinik am 29. November 1900 eingebracht, war wohl entwickelt, besaß Durchschnittsmaße und Gewicht eines ausgetragenen und wies außer einer umfänglichen Nabelschnurhernie keine Bildungs-

anomalien auf. Der Nabelschnurbruch hatte die Größe einer Apfelsine, d. h. einen Durchmesser von 8 cm. Durch den Bruchsack schimmerten unten die sich bewegenden Darmschlingen, oben ein bedeutendes Stück der Leber durch. Die Nabelschnur inserirte auf der unteren Hälfte des Bruches, von da verliefen, wie ebenfalls durch den dünnen Bruchsack zu erkennen, in ihm die Gefäße nach links hin bis zum unteren Leberrande. Die Nabelschnur maß, wie an der mitgebrachten Nachgeburt festzustellen war, 34 cm, inserirte in einer exquisite Marginatabildung aufweisenden Placenta excentrisch, war wenig gewunden, besaß die 3 Allantoisgefäße, 2 Arterien, 1 Vene. Das Nabelbläschen konnte nicht gefunden werden.

Die Operation wurde sofort von mir vorgenommen, der Bruchsack an der Epidermisgrenze mit der Schere abgetragen, dabei die Umbilicalgefäße ebenfalls am Epidermisrande links unterbunden. Ein 4., anscheinend venöses, ziemlich großes Gefäß verlief am unteren Ende des Bruchsackes nach einer daselbst adhärenten Dünndarmschlinge hin. Dasselbe enthielt geronnenes dunkeles Blut und entstammte wohl einer Vena omphalo-meseraica. Es wurde ebenfalls mit Katgut unterbunden.

Diese Adhäsion des Dünndarmes beschränkte sich auf eine circumscripte Partie; daselbst ging vom Dünndarme eine Art platter, fächerförmig aus einander strahlender Fortsatz von der Rosa-Farbe des Darmes auf den Bruchsack über. Das adhärente Bruchsacksegment umschnitt ich, bevor ich das erwähnte 4. Gefäß unterband, und trennte erst dann mit kurzen Schlägen einer Cooper'schen Schere die Amnionbekleidung dieser Partie ab. Der vom Dünndarme auf den Bruchsack übergehende platte Fortsatz stellte wohl das Meckel'sche Divertikel dar. Der Processus vermiformis, welcher mit einem beträchtlichen Abschnitte des Colon ascendens ebenfalls einen Theil des Bruchinhaltes bildete, lag rechts von der adhärenten Dünndarmschlinge.

Darauf trennte ich mit der Schere die dem Bruchsacke adhärente Leber ab. Diese Adhäsion verlief in Gestalt einer sagittalen Falte über die Konkavität des prolabirten Leberlappens bis zu seinem unteren scharfen Rande. Ich spreche daher diese Adhäsion nicht als Entzündungsresultat, sondern als Fortsetzung des Ligamentum suspensorium hepatis an und möchte das gegenüber von Beschreibungen von »Adhäsionen«, welche gelegentlich zwischen Leber und Bruchsack angetroffen werden, ganz besonders betonen. Es ist der ganzen Sachlage nach wenig wahrscheinlich, dass derartige Adhäsionen jemals etwas anderes gewesen sind, dass an frischen Nabelschnurhernien jemals entzündliche Adhäsionen angetroffen sind.

Nach Abtrennung des Bruchsackes würden die prolabirten Darmpartien durch den engeren Hals des Bruchsackes, welcher höchstens 2 Finger neben einander passiren ließ, zu reponiren gewesen sein; jedoch gelang das mit dem prolabirten Leberlappen nicht. Desshalb erweiterte ich den Bauchspalt, indem ich die Bauchwand in der Linea alba

nach unten zu incidirte. Auch dann gelang die Reposition des Leberlappens nicht. Vielleicht hätte die Größe jetzt keine Schwierigkeiten mehr bereitet, das Hindernis schien mehr in der Gestalt zu beruhen. Man hätte den prolabirten Leberlappen stark biegen müssen, das hätte sich aber mit der Erhaltung der Integrität nicht vertragen. Auch würde die Spannung der dann zu vernähenden Bauchwunde viel zu bedeutend gewesen sein, als dass man auf eine ungestörte Prima intentio hätte rechnen können. Desshalb präparirte ich die an der unteren Fläche des Leberlappens inserirte und mit prolabirte Gallenblase ab, verschorfte die blutende Fläche leicht mit dem Ferrum candens und resecirte den Leberlappen, welcher die Größe eines Hühnereies hatte, nachdem ich ihn im Niveau des Bruchsackhalses mit einer stumpfen Nadel vorsichtig und sondirend durchstochen und nach 2 Seiten mit einem doppelten Katgutfaden abgebunden hatte, mit dem Paquelin.

Nachdem jetzt die Bauchwunde nach unten noch bis in die Nähe der Symphyse, so weit die hoch hinaufgehende Blase es zuließ, verlängert war, gelang die Reposition des Bruchinhaltes leicht, leicht die sagittale Vernähung der Bauchwunde. Das Kind hatte während der Operation, obschon nicht narkotisirt, keinen Schmerz geäußert, nur gelegentlich stark gepresst. Nur vom Momente der Repositionsbestrebungen an ließ ich es einige Züge Chloroform athmen.

Die Konvalescenz ist ohne Störung verlaufen; die Temperatur bewegte sich zwischen 36 und 37°, überschritt 37 nur einmal am 4. Tage um 2 Zehntel; schon am 2. Tage trank das Kind abgezogene Milch, am 3. Tage an der Brust einer Amme. Vom 3. Tage an hatte es Milchstuhl, bis zum 6. Tage nahm das Gewicht ab von 3130 bis 2750 g, von da ab regelmäßig zu, so das es am 11. Tage 2860 g beträgt. Die Hautfarbe hatte zeitweise einen Stich ins Gelbliche, deutlicher Ikterus wurde nicht beobachtet. Die die Bauchwunde vereinigenden Bronzedrahtnähte liegen am 11. Tage noch; die Heilung ist einwandsfrei erfolgt.

Nachtrag: Während das Kind bis zum 12. Tage zunahm, gut an der Brust trank, keine Störungen, nur völliges Wohlbefinden zeigte, wiesen die Verbandwechsel, obwohl die Wunde prima intentione geheilt war, fast stets eine blutige Durchfeuchtung der der Wunde direkt aufliegenden Gazestücke auf. Schon am 11. Tage zeigte sich etwas blutiges Erbrechen, am 12. blutiger Stuhl. Diese Symptome verschlimmerten sich bei absoluter Apyrexie, welche nur einmal am 19. Tage durch eine Temperatursteigerung bis auf 38,9 unterbrochen wurde, zum Symptombild einer schweren Melaena, welcher das Kind unter den Zeichen von Entkräftung am 21. Lebenstage erlag. Die Sektion ergab, dass die Leber an der Stelle des resecirten Lappens mit der Bauchwand verlöthet war. Eine Trennung war ohne Verletzung der Organe nicht möglich. In der unmittelbaren Umgebung waren die Dünndarmschlingen durch zarte Adhäsionen mit einander verwachsen. Kein Inhalt in der Peritoneal-

höhle; Peritoneum viscerale und parietale glatt spiegelnd, ohne Injektionen. Im Magen keine Ulcera.

II.

(Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Bonn.)

Nochmals das Protargol bei der Credé'schen Augeneinträufelung.

Von

Dr. **Fritz Engelmann,**

Assistenzarzt.

In seiner Abhandlung über »Die Verhütung der Augeneiterung Neugeborener«[1] berichtet Zweifel u. A. über Versuche, die er mit Protargol als prophylaktischem Einträufelungsmittel bei einer Anzahl Neugeborener angestellt hat.

Die Resultate, die Zweifel mit dem Mittel erzielte, waren sehr schlechte; das erste so behandelte Kind zeigte einige Stunden nach der Einträufelung einen »dicken gallertigen Belag auf beiden Augen«, die übrigen 43 Kinder bekamen so intensive Argentumkatarrhe, dass das Mittel ausgesetzt wurde.

Das Resultat dieser Versuche bezeichnet Zweifel mit Recht als »in grellem Widerspruche mit den Empfehlungen die wir nach unseren Versuchen dem Mittel gaben[2] stehend«.

Das Protargol ist seit dem Frühjahr vorigen Jahres an der hiesigen Frauenklinik fortwährend in Anwendung gewesen; es sind mit demselben bereits über 1000 Kinder behandelt worden.

Nach den ersten 100 damals publicirten Fällen wurden weitere 100 in der genauesten Weise geprüft und die Ergebnisse in Tabellen zusammengestellt, die mir vorliegen. Diese zweite Beobachtungsreihe ergab ungefähr dieselben Resultate wie die erste; ja noch etwas günstigere, wenn ich von 2mal beobachteten »Sekundärkatarrhen« harmloser Natur absehe.

In ca. 80% der Fälle trat entweder überhaupt keine Sekretion ein — die Stärke der Sekretion kann wohl ohne großen Fehler als Grad der Reizerscheinung angenommen werden — oder dieselbe war nur ganz gering und stets am 2. Tage erloschen. In anderen Fällen trat eine etwas stärkere und in ganz vereinzelten Fällen eine stark zu bezeichnende Reaktion auf; hier handelte es sich meist um frühgeborene Kinder, die natürlich auf derartige Eingriffe stärker reagiren wie ausgetragene. Niemals erreichte die Reaktion eine Stärke, wie man sie bei dem Gebrauche des Argentum nitricum nicht so

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1900. No. 51.

[2] F. Engelmann, Über die Verwendung des Protargols an Stelle des Argentum nitricum bei der Credé'schen Einträufelung. Centralblatt f. Gynäkologie 1899. No. 30.

selten beobachtet. Zur Kontrolle wurde zwischendurch eine Serie von Kindern in der alten Weise mit 2%iger Höllensteinlösung behandelt; der Unterschied in der Reizwirkung war auch jetzt wieder eklatant.

Die Erfahrungen, die wir seit diesen ersten Versuchen mit dem Protargol an nunmehr über 1000 Kindern gemacht haben, entsprechen den früher von mir mitgetheilten Resultaten. Auf Grund derselben stehe ich nicht an, die Behauptung in meiner ersten Publikation zu wiederholen, dass das Protargol nur ganz geringfügige irritirende Wirkungen besitzt und dem Argentum nitricum entschieden vorzuziehen ist.

Dass auch die antiseptische Wirkung des Mittels in der Koncentration, in der wir es anwenden (20%), eine genügende ist, beweist uns der Umstand, dass der Procentsatz der Gonokokken-Blennorrhöen unter den ersten 1000 Fällen denjenigen der früheren Jahre nicht übertrifft (2 : 1000).

Mit unseren günstigen Resultaten, gerade was die Reizlosigkeit des Mittels anbelangt, stehen wir übrigens nicht allein, wie schon eine flüchtige Durchsicht der in den letzten Jahren stark angewachsenen Protargol-Litteratur ergiebt. In dem »kritischen Sammelreferat über die Verwendung des Protargols in der Augenheilkunde«[3] findet sich eine gute Zusammenstellung von 75 das Protargol betreffenden Publikationen. Die Mehrzahl der dort aufgeführten Autoren stimmt darin überein, dass das Protargol ein wenig reizendes Mittel ist, jedenfalls viel weniger reizend als das Argentum nitricum. Ähnlich äußert sich eine große Zahl von Dermatologen. So sagt Neisser als Referent in der Sitzung der Deutschen dermatologischen Gesellschaft (1898): »Die einzelnen Silbersalze sind in ihrer Eigenschaft verschieden .... die geringste Reizwirkung haben Argonin und vor Allem das Protargol«.

Wie erklären sich nun die auffallend schlechten Resultate, die an der Leipziger Klinik erzielt wurden?

Da die Technik der Einträufelung eine einfache und sonst die Bedingungen die gleichen sein werden, so liegt es nahe, die Differenz der Resultate in dem Präparate bezw. in der Ungleichmäßigkeit der Zubereitung seiner Lösung zu suchen. In der That wurde denn auch diese Beobachtung mehrfach von dermatologischer und ophthalmologischer Seite gemacht. Auf dem eben erwähnten Kongresse der Deutschen dermatologischen Gesellschaft wurde von verschiedenen Seiten darauf aufmerksam gemacht, dass bei unrichtiger Herstellung des Mittels höchst unangenehme Reizwirkungen auftreten können.[4] Wenn nämlich das Protargol warm bereitet oder gar gekocht wird, so tritt Zersetzung ein, es spaltet sich Silber ab, und

[3] O. v. Sicherer, Zeitschrift für Augenheilkunde 1900. Bd. IV.

[4] Ferner wurde konstatirt, dass im Anfange der Herstellung des Protargols ein minderwerthiges Präparat in den Handel gekommen war (was die herstellende Firma auch zugab), das aber jetzt aus demselben verschwunden sein soll. Dasselbe zeigte saure Reaktion (Frank).

die Folge ist Wirkungslosigkeit einerseits und Reizwirkung andererseits. Dasselbe tritt ein, wenn die Lösungen längere Zeit dem Lichte ausgesetzt oder mit Metall in Berührung gebracht werden. »Es ist desshalb von der größten Wichtigkeit, dass die Protargollösungen von guter Beschaffenheit sind« (Neisser)[5]. Auch von augenärztlicher Seite wurde diese Veränderung des Protargols konstatirt; einzelne Autoren erzielten wesentlich andere Resultate nach veränderter Zubereitung des Mittels (cf. das oben citirte »Sammelreferat etc.«).

Dieser Umstand hat denn auch anscheinend die herstellende Firma veranlasst, den in der letzten Zeit in den Handel gebrachten Präparaten eine Anweisung hinzuzufügen, in der gerathen wird, die Lösung selber zu bereiten oder jedenfalls auf dem Recepte den Vermerk »frigide paratum« anzubringen.

Aus diesen eben angeführten Gründen dürften sich wohl ungezwungen die Misserfolge, die an der Leipziger Frauenklinik mit dem Protargol erzielt wurden, erklären.

Was schließlich das von Zweifel empfohlene und angewendete Silberpräparat, das essigsaure Silber, betrifft, so stehen uns darüber zur Zeit keine Erfahrungen zur Verfügung. Versuche mit demselben sind jedoch im Gange. Und wenn wir auch keine Ursache haben, mit unseren mit Protargol erzielten Resultaten unzufrieden zu sein, so werden wir doch nicht anstehen, jenem Mittel den Vorzug zu geben, falls es sich dem Protargol überlegen zeigen sollte. Das Bessere ist der Feind des Guten!

III.

(Aus der Privatklinik der prakt. Ärzte L. Bucholtz und A. Grasmück zu Saratoff.)

Ein weiterer Fall von Hypertrophie der weiblichen Brustdrüse.

Von

A. Grasmück.

Im Centralblatt für Gynäkologie Nr. 35 v. J. ist von Dr. C. Donati aus der Ehrendorfer'schen Klinik zu Innsbruck ein interessanter Fall von Mammahypertrophie mit Beifügung vollständiger Litteraturangabe mitgetheilt worden mit der Bemerkung, dass solche Fälle verhältnismäßig selten vorkämen.

Ich verfüge nun über einen Fall, der in unserer Poliklinik zur Beobachtung kam und den Fällen von Herczel und Rosinski[1] gleicht. Ich glaube, dass auch dieser Fall von reiner Hypertrophie der Mammae einer Veröffentlichung werth ist.

---

[5] Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft 1898. 6. Kongress. p. 310.

[1] Citirt nach Donati.

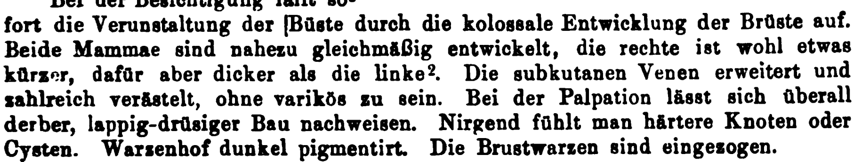
Frau N., Bäuerin, 18 Jahre alt, klagt über Vergrößerung beider Brustdrüsen. Giebt an, im letzten Monate der Schwangerschaft zu sein. Als Mädchen will sie immer gesund gewesen sein. Die Menses bekam sie im 16. Lebensjahre; dieselben waren 4wöchentlich von 4—5tägiger Dauer. Die Entwicklung der Brüste soll nicht übermäßig, die Brustwarzen sollen klein und eingezogen gewesen sein.

Vor 10 Monaten hat sich Pat. verheirathet, 2 Monate nach der Verheirathung blieb die Periode aus. Pat. hielt sich für schwanger, hatte aber sonst keine Schwangerschaftsbeschwerden zu beklagen.

Im 2. Monat ihrer Schwangerschaft hat Pat. zum 1. Mal eine deutliche Vergrößerung beider Mammae wahrgenommen, bezog jedoch die Vergrößerung auf ihren hoffnungsvollen Zustand. Erst als das Wachsthum der Brüste nicht nachließ und sich Beschwerden, durch das immer mehr zunehmende Gewicht der Drüsen verursacht, einstellten, suchte Pat. ärztlichen Rath. Die Vergrößerung nahm trotz Behandlung kontinuirlich zu bis zu der Größe, wie sie sich jetzt am Ende der Schwangerschaft präsentirt. In der ganzen Zeit will Pat. keinerlei Beschwerden von Seiten der Brüste selbst gehabt haben, außer solchen, die durch die Schwere der Brüste verursacht wurden — nämlich Zug am Brustkasten und Druck auf den hochschwangeren Leib, welcher Druck »häufige, besonders in letzter Zeit heftige Schmerzen im Leibe hervorrief«. Pat. sucht in Folge dessen mittels einer selbstverfertigten Bandage ihre Brüste hochzubinden. Ohne Binde kann Pat. nur mit Mühe gehen, eben so schwer fällt es ihr auf dem Rücken zu liegen, da in dieser Lage die Athmung behindert ist.

Status praesens: Pat. ist von mittlerem Wuchse, schwächlichem Knochenbau und mittlerem Ernährungszustande, im letzten Monate der Schwangerschaft.

Über Schmerzen, körperliches Unwohlsein klagt Pat. nicht. Appetit gut. Harn eiweiß- und zuckerfrei.



Bei der Besichtigung fällt sofort die Verunstaltung der Büste durch die kolossale Entwicklung der Brüste auf. Beide Mammae sind nahezu gleichmäßig entwickelt, die rechte ist wohl etwas kürzer, dafür aber dicker als die linke[2]. Die subkutanen Venen erweitert und zahlreich verästelt, ohne varikös zu sein. Bei der Palpation lässt sich überall derber, lappig-drüsiger Bau nachweisen. Nirgend fühlt man härtere Knoten oder Cysten. Warzenhof dunkel pigmentirt. Die Brustwarzen sind eingezogen.

Maße der Brüste (an hängenden Brüsten gemessen):

Vom oberen Rande der 3. Rippe — dem oberen Ansatze der Mammae — bis zur Papille und von der Papille bis zum unteren Ansatze der Mammae: rechts 26 cm, resp. 23 cm, links 30 cm, resp. 26 cm.

Umfang der Brüste (größter Umfang in der Mitte der Brüste gemessen) rechts 73 cm, links 69 cm.

---

[2] Siehe Figur.

Papillen beiderseits 1 cm tief eingezogen. Durchmesser des Warzenhofs 5 cm.

Die Pat. wird photographirt, ihr Jodkalium verordnet und mit der Weisung entlassen, sich nach beendigter Geburt wieder vorzustellen.

30. August Geburt eines kräftigen Kindes. Geburt soll normal verlaufen sein. Am 10. Tage nach der Geburt erscheint Pat. wieder. Sie fühlt sich ganz wohl. Die Brüste haben an Größe abgenommen: größter Umfang rechts 58 cm, links 55 cm. Die Brustdrüsen secerniren spärlich Milch. Ihr Kind kann Pat. jedoch wegen des Fehlens der Brustwarzen nicht selbst stillen; sie versucht die Milch mittels eines Saugglases abzuziehen.

Nach 1 Monat sah ich unsere Kranke flüchtig noch einmal. Sie nährt ihr Kind mittels eines doppelten Saugglases. Die Brüste haben an Größe noch weiter abgenommen.

Der vorliegende Fall bietet in so fern Interessantes, als er zu der reinen Form von Mammahypertrophie und zwar einer Schwangerschaftshypertrophie zugezählt werden muss. Als Mädchen bis zum 17. Lebensjahre hat unsere Pat. nichts Abnormes in Bezug auf die Größe ihrer Brüste bemerkt. Erst vom 2. Schwangerschaftsmonate an fing die Hypertrophie an sich bemerkbar zu machen und nahm dann nicht rasch, wie in den meisten beschriebenen Fällen, sondern ganz allmählich zu, um dann wieder im Puerperium und der darauf folgenden Zeit eben so allmählich abzunehmen. In Bezug auf ihre Funktion verhielten sich die Brüste annähernd normal: sie secernirten Milch.

Wie weit nun die Verminderung in der Größe der Mammae in diesem Falle noch fortschreiten wird, lässt sich im Voraus nicht bestimmen, jedoch kann man hoffen, dass nach erledigtem Säugungsgeschäft die Brüste so weit zurückgehen werden, dass der Pat. durch die Schwere der Brüste weiter keine Beschwerden erwachsen.

---

1) **Villaret.** Handwörterbuch der gesammten Medicin.

Stuttgart, **F. Enke,** 1901.

Das Werk liegt jetzt vollständig vor. Es wird kein neueres Werk geben, das in so vollkommener Weise einen Überblick über den Stand der medicinischen Wissenschaft unserer Zeit giebt, wie dies Handwörterbuch. Man wird trotz eifrigen Suchens kein Wort, keinen Ausdruck, keinen Begriff, der in der modernen Medicin vorkommt, in dem Buche vermissen. Das Buch hat einen großen Werth für den Studirenden, der jederzeit im Stande ist nachzuschlagen und nachzulesen, wenn er beim Unterrichte Unbekanntes hört. Und eben so wird der junge und alte Praktiker sich jederzeit mühelos über die neuen Errungenschaften in unserer Wissenschaft unterrichten können. Nicht am wenigsten möchte ich das Werk den Fachgenossen empfehlen, die ja kaum Zeit haben, die Fachlitteratur zu bewältigen. Auch für sie wird es kein bequemeres Mittel geben, sich auf der Höhe zu erhalten, als dies umfassende, vortrefflich geordnete und geschickt durchgeführte Sammelwerk. **Fritsch** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 9. November 1900.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstrationen.

1) Herr Saniter stellt eine Frau mit mannskopfgroßer, nach Laparotomie entstandener Bauchhernie vor, die einen ganz eigenartigen Befund darbietet: Auf der Höhe der Hernie, deren dicht oberhalb der Symphyse gelegene Bruchpforte gut handflächengroß ist, findet sich eine zweite, etwa gänseeigroße, leicht reponible Hernie mit 5markstückgroßer Bruchpforte. Der Befund ist wohl nur so zu erklären, dass durch die erste, in der Hauptfascie liegende Bruchpforte die dünne, dem Peritoneum anhaftende Fascia transversa prolabirte und das Substrat für die zweite Bruchpforte abgab, durch die dann ein peritonealer Bruchsack hindurchtrat.

Das Leiden ist auf eine 1884 von Schröder wegen Graviditas extra-uterina mens. IX vorgenommene Laparotomie zurückzuführen. Der große Fruchtsack wurde damals in die Bauchwunde eingenäht und drainirt. Die Placenta war erst nach 4 Wochen herausgeeitert. 2 Jahre später bestand eine faustgroße Hernie mit einer Fistel, aus der sich zur Zeit der Menstruation regelmäßig Blut entleerte (Kommunikation durch die Tube mit dem Uterus). Die Fistel wurde 1886 durch eine 2. Laparotomie dauernd beseitigt, der Bruch jedoch nur vorübergehend, da auf eine exakte Vereinigung der Fascie damals noch kein Werth gelegt wurde.

Bei der riesigen Hernie, die sich jetzt kaum noch reponiren lässt, soll demnächst die Radikaloperation versucht werden.

2) Herr P. Strassmann stellt 3 Laparotomirte vor, die mit dem Küstner-Pfannenstiel'schen Querschnitte operirt worden sind. In der suprapubischen Falte, an der Haargrenze, wird ein Querschnitt gemacht, der Hautfettlappen mit einem mit Jodoformgaze umwickelten Finger hochgeschoben, die übrigen Schichten werden vertikal in oder neben der Linea alba durchtrennt. S. hat 7mal nach Küstner, 1mal nach Pfannenstiel (mit querer Spaltung der Fascie) operirt. Die bei der letzten Methode nothwendige Entblößung der Muskulatur und das weite Ablösen der Fascie sind doch nicht ganz natürlich und lassen weitere Erfahrungen nothwendig erscheinen.

Demonstration von 2 Präparaten. Das erste stammt von der einen vorgestellten Pat., verkalktes faustgroßes Myom mit Pyosalpinx. Heilung.

Das 2. Präparat stammt von einer 48jährigen Frau, die vor 8 Jahren von anderer Seite vaginofixirt war. Schwere Blutungen, multiple Myome. Vaginaler Weg und eben so abdominale Totalexstirpation wegen der Verwachsungen zwischen Blase, Scheide, Uterus nicht angängig. Myomenukleation, Kastration. Heilung, Klimakterium.

Die Naht geschah mit fortlaufenden Katgutetagen für Peritoneum, Muskel und Fascie. Die Haut wird mit Silks vereinigt, und zwar bei Fettleibigen über einem in der Mitte getheilten Jodoformgazestreifen, der zu den Ecken herausgeleitet wird. Die Wunde heilt auch hier primär. Die Streifen werden am 3., 5. und 7. Tage allmählich entfernt. Bis zum 9. Tage geringe Sekretion aus den Ecken. Entfernung der Silks am 10. Tage. Ähnlich verfährt S. auch bei dicken Bauchdecken und dem üblichen Längsschnitte.

Von den 8 Operirten, die sämmtlich genasen, hatte 1 eine schnell vorübergehende Fetteiterung, die zu einem Wundwinkel heraus erfolgte. Wenn vaginales Vorgehen nicht möglich, oder wenn nicht durch einen sehr großen Tumor ein Längsschnitt erforderlich ist, empfiehlt sich das Küstner'sche Verfahren. Die Ventrofixation soll immer so vorgenommen werden. Die Narbe ist weniger auffallend und nicht größer als bei der Alexande -Operation. Die Silks müssen

hier oberhalb und unterhalb des Längsschnittes durch die Haut geführt werden, sie werden dann über einem Jodoformgaseröllchen geknotet, wenn man nicht einfach das Peritoneum auf den Uterus mit Katgut festnähen will.

Die vorgestellten Pat. sind:

1) Eine vor 5 Wochen operirte Nullipara mit hochgelegener intraligamentärer Cyste. Entfernung der Cyste; auf der anderen Seite Salpingostomie, Ventrofixation. Schnitt noch sehr sichtbar, fällt beim Stehen in die suprapubische Falte. Incision noch unter der intakten Haut fühlbar.

2) Eine vor $1/2$ Jahre operirte 52jährige Frau. Ausschälung eines Myoms mit Pyosalpinx. Diese Pat. trägt wegen schlaffen Leibes eine Binde. Keine Hernie.

3) Eine vor $1^1/_2$ Jahren operirte 27jährige Nullipara mit kindskopfgroßen doppelseitigen Tubo-ovarialcysten bezw. Kystomen. Vaginale Operation nur mit Exstirpation des Uterus wahrscheinlich auszuführen. Daher Laparotomie, Erhaltung eines Stückchens Eierstock. Menstruation. Narbe in der Falte kaum bemerkbar. Längsincision nicht fühlbar.

Keine Hernie bei den bisher Operirten. Der Längsschnitt ist eben durch die intakte Haut, der Hautschnitt durch die darunter befindliche Muskulatur geschützt. Leibbinde im Allgemeinen überflüssig. Einblick ins Becken bei der Operation gut.

3) Herr Olshausen zeigt ein Myom von 770 g Gewicht, welches er nebst 5 kleineren Myomen bei einer 36jährigen Frau enukleirte. Er empfiehlt wiederholt die Enukleation, wo sie möglich ist, bei allen noch vor dem Klimakterium befindlichen Frauen, um ihnen die Genitalien zu erhalten.

4) Herr Mackenrodt legt einige stereoskopische Bilder des neulich vorgestellten Falles von vollständiger Inversion der Blase bei großer Blasen-Scheidenfistel vor. Die Heilung ist durch eine plastische Operation erfolgt, die M. 1894 angegeben hat. Nach völliger Mobilisirung der Blase vom Scheidenreste, vom Uterus und dem Peritoneum des vorderen Douglas wurde die Blasenwunde in 2 Etagen genäht, dann zur Entspannung der Naht der Uterus extraperitoneal vaginofixirt, resp. als Ersatzmasse in den großen Scheidendefekt eingenäht. Die Heilung ist in 2 Wochen glatt geschehen; am 21. Tage wurde Pat. entlassen. Den Uterus noch weitergehend, wie Freund, zur Deckung des Blasendefektes direkt zu verwenden, hält M. für entbehrlich.

II. Herr Lehmann hält den angekündigten Vortrag: Zur Kenntnis der primären Carcinome des Corpus uteri.

Wenn auch das Kapitel vom mikroskopischen Bau der primären Uteruscarcinome im Großen und Ganzen abgeschlossen ist, so erscheint es nicht überflüssig, einige Erörterungen über die Anatomie gewisser Übergangsformen zwischen den aufgestellten Typen vorzutragen; es wird dabei an folgenden praktischen Fall angeknüpft.

Eine Frau von 56 Jahren, seit 6 Jahren in der Menopause, blutet seit einigen Monaten. Die Probecurettage ergiebt Carcinom, die bimanuelle Untersuchung ein Myom von Gänseeigröße in der vorderen Wand. Schwierige Totalexstirpation des Uterus mit Klemmen von der Scheide aus und unter Zuhilfenahme eines großen linksseitigen Scheiden-Dammschnittes. Normale Rekonvalescenz.

Bezüglich der klinischen Erscheinungen wird eine besondere Malignität der sog. Plattenepithelcarcinome, als solches wird der Tumor zunächst angesprochen, nicht anerkannt. Die oft besonders schwierigen Operationen beruhen auf dem Zusammentreffen mit Myomen, dem Vorkommen bei Nulliparis und Virgines und der Vergrößerung des Uterus durch die Tumorbildung.

Das anatomische Präparat erwies Entwicklung des Carcinoms in der Hinterwand, gegenüber der Höhe des Myoms, das in der Vorderwand gewachsen war. Der vom Myom ausgeübte Druck wird mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für die Entstehung des Carcinoms herangezogen.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt am Oberflächenepithel Veränderungen, die auf beginnendes Carcinom hindeuten: Mehrschichtigkeit, Bildung von Papillen, die sich in die Muskulatur hineinsenken, knopf- und zottenförmige Hervorragungen

in das Cavum uteri; die spärlichen Drüsen erscheinen normal und geben keinen Verdacht auf ein von ihnen ausgehendes Carcinom.

Es wird demnach der vorhandene Tumor als ein ausschließlich vom Oberflächenepithel ausgehendes Gewächs angesehen, obgleich er nur zum geringen Theil plattenepithelige, zum größeren Theil polypös-zottige, adenomatöse, adeno-carcinomatöse und rein carcinomatöse Antheile aufweist, so dass man nach dem rein formalen Bilde die Diagnose auf ein Drüsencarcinom stellen könnte, das sich zugleich mit einem Plattenepithelcarcinom und malignen Adenom entwickelt hätte.

Der Vortr. tritt desshalb dafür ein, bei der Klassificirung der Uteruscarcinome, wie dies auch Andere schon gethan haben, den rein histogenetischen Standpunkt einzunehmen und auch überall konsequent durchzuführen. Dann ergiebt sich, dass die meisten sogenannten »doppelten« Carcinome, die in der Litteratur beschrieben sind, so z. B. die Fälle von Eckardt und Kaufmann, Krebse sind, die, von einer Matrix ausgehend, nur stark metaplastische Vorgänge bezüglich der sie aufbauenden Zellen darbieten.

Mit wenigen Worten wird auf die sog. »Zelleinschlüsse« in Carcinomen eingegangen, welche in dem untersuchten Carcinom in besonderer Reichlichkeit und Schönheit sich fanden und durch aufgestellte Präparate erläutert werden.

Diskussion: Herr Gebhard bezweifelt, dass es sich an den aufgestellten Präparaten um einen Plattenepithelkrebs handelt. Es fehlen vor Allem die charakteristischen Cancroidperlen. Allem Anscheine nach liege ein gewöhnliches Adenocarcinom des Corpus uteri vor.

---

3) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 14. März 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Schrader hält seinen angekündigten Vortrag: »Zur Stillungsnoth«.

Obwohl wir zur Zeit im Zeichen des Stillenwollens leben, sind verhältnismäßig nur wenige Frauen im Stande, ihr Neugeborenes durch Stillen genügend zu ernähren, nach Hegar nur 16%, die Landbevölkerung miteinbegriffen. Also durchschnittlich erst die 6. Frau ist in dieser glücklichen Lage. Wir sind daher berechtigt, von einer allgemeinen Stillungsnoth zu sprechen.

Vortr. erblickt in dieser mangelhaften Stillfähigkeit nicht eine Entartung des menschlichen Weibes, etwa entstanden durch kulturelle Einflüsse, sondern glaubt, dass ein Theil derselben von Urbeginn bestanden hat und nur eine Bethätigung jenes allgemeinen Naturgesetzes ist, dass nicht alle Keime und Lebewesen die zu völliger Entwicklung und normalem Lebensabschluss nöthigen Bedingungen vorfinden. Den anderen Theil der Stillungsnoth möchte S. mehr als individuelle Acquisition, denn als generelle Entartung deuten. So weit es sich aber um ein Kunstprodukt handelt, sei es, dass die natürliche Entwicklung behindert oder nicht genügend gefördert wird, müsste Abhilfe zu schaffen sein, wenigstens bis zu einem gewissen Grade.

Die Ausführungen des Redners sollen nur diejenige Gruppe der Stillungsnoth berücksichtigen, bei der lediglich eine zu träge Funktion der Milchdrüse vorliegt, wo also bei gesunden und gut ernährten Frauen die Milchmenge nicht der jeweiligen Größe der Milchdrüse entspricht.

Unsere derzeitige Therapie ist eine allgemeine, indem sie sich beschränkt auf eine reichliche und kräftige Kost und reichliche Flüssigkeitsaufnahme, event. werden noch Eisenpräparate verabfolgt.

Verschiedene Erwägungen legen nahe, diese Art von Stillungsnoth auch noch von anderer Seite her anzugreifen.

Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass selbst Frauen mit gut angelegten Brüsten trotz bester Ernährung meist schon in der 3. Woche etwas nachgeben müssen. Dieses »etwas« wird immer beträchtlicher, bald werden Mahlzeiten überschlagen, und nach 5—6 Wochen ist der Quell zu $^2/_3$ bis $^3/_4$ versiegt. Dabei lässt das Allgemeinbefinden nichts zu wünschen übrig, indem die Frauen oft beträcht-

lich an Gewicht zunehmen — »die Nahrung geht ins Fleisch«, sagt treffend der Volksmund. Die Milchabsonderung ist ungenügend geworden, nur weil das Blut nicht in genügender Menge zu den Brüsten strömt. Also ist die Größe der secernirenden Fläche bezw. der Milchdrüse allein nicht maßgebend, während andererseits wieder kleine Drüsen sehr reichlich secerniren können, sofern nur ein reger Umsatz in ihnen stattfindet.

Physiologisch können wir diese Erfahrung so ausdrücken: Die Menge hängt ab einmal von der Höhe des Blutdruckes (Röhrig, citirt nach Landois), zum Anderen von der Größe der secernirenden Fläche; die Menge ist mithin das Produkt beider Faktoren.

So erklärt es sich, dass Alles, was den Blutdruck in den Brustdrüsen vermindert, auch deren Sekretion verringert, z. B. plötzliche oder dauernde Gemüthsbewegungen (Zorn, Furcht, Schreck oder Sorge etc.), wesshalb man nie für eine Amme garantiren kann, mag dieselbe noch so gut qualificirt erscheinen.

In allen diesen Fällen wird das Blut in erhöhtem Maße zum Gehirn geleitet und sinkt die Höhe des Blutdruckes in den Brüsten. Wollen wir die Milch vertreiben, so geben wir bekanntlich Abführmittel, um das Blut nach dem Darme abzuleiten.

Die Beseitigung der Funktionsträgheit läuft auf die Aufgabe hinaus, den Blutdruck in der Drüse zu erhöhen und, wenn möglich, auch die Drüse selbst zu vergrößern. Diesbezüglich specifisch wirkende Speisen oder Medikamente haben wir nicht, eben so wie wir keine Medikamente haben, welche die Milch direkt vertreiben; denn die Wirkung des Jodkalium als milchvertreibend wird wohl allgemein angezweifelt.

Erwähnt sei hier, dass die Naturheilkunde als die Milchsekretion befördernde Speise Weizenschrottrank oder -Suppe empfiehlt. Diese Empfehlung dürfte wohl der Landwirthschaft entnommen sein; denn schon seit Langem geben viele Landwirthe ihren Kühen zur Erhöhung der Milchproduktion Weizenkleie und zwar mit thatsächlichem Erfolge. Dieser ist wohl auf die in der Kleie enthaltenen Kleber zurückzuführen; die Weizenkleie enthält dadurch an 15% Eiweiß. In Gegenden, wo die Frauen eine eiweißarme Kost erhalten, wird die Verabfolgung von Weizenschrot eine wesentliche Verbesserung der Ernährung ausmachen und somit oft einen sichtlichen Erfolg zeitigen. Bei an sich schon eiweißreicher Kost dürfte das Weizenschrot keine nennenswerthe Verbesserung der Kost bedeuten.

Die hiesigen Ammenvermittler geben einen Thee von sog. »polnischem Hafer«; es ist Fructus cumini, auf deutsch »Mutterkümmel«. Dieser deutsche Name wird ihm wohl ursprünglich den specifischen Ruf verschafft haben.

Wenn wir also die Funktionsträgheit beseitigen wollen, müssen wir uns bestreben, den Blutdruck in den Brüsten zu erhöhen, d. h. das Blut nach denselben hinleiten.

Die Natur weist selbst auf diesen Weg hin, denn sie bedient sich hierzu örtlicher Reize. Das Kind saugt nämlich nicht nur die bereits aufgespeicherte Milch heraus, sondern es kommt während des Saugens zur neuen beschleunigten Sekretion (Landois), »die Brust lässt zu« oder »der Zuschuss kommt«.

Auch liegen sichere Beobachtungen vor, dass bei Nulliparen durch gelegentliches Säugen die Milchsekretion angeregt wurde und ordentlich in Gang kam, selbst bei Männern ist ein gleicher Vorgang beobachtet worden (Ploss). Man wird daher bei beginnendem Milchschwund gut thun, nicht seltener anzulegen.

In den physikalischen Heilmethoden leitet man mit Erfolg das Blut nach gewissen Körpertheilen, und so drängt sich schon rein auf Grund solcher theoretischer Erwägungen der Wunsch auf, das Blut auch nach den Brüsten zu leiten.

Dieser Weg ist auch schon mit Erfolg von Mensinga beschritten worden (Frauenarzt 1896). Er massirt bei Frauen mit schlecht entwickelten Brüsten von der 20. Woche an einmal wöchentlich die Brüste mit mildem Seifenschaum 10 Minuten lang und lässt die Frau außerdem noch jeden Abend die Brüste mit kaltem Wasser und reichlichem Seifenschaum waschen und frottiren, jedoch unter Vermeidung von schmerzhafter Handhabung. Von diesem Verfahren hat S. erst vor

einigen Wochen Kenntnis erhalten und dieserhalb noch keine Versuche damit anstellen können; kalte Waschungen der Brüste in Schwangerschaft und Wochenbett hat er aber schon seit Langem ausführen lassen.

Vortr. stellte seit Jahren Versuche mit einem anderen Verfahren an, welches darauf fußt, dass die Brustdrüsen ihrer ganzen Entwicklung und Lagerung nach als Hautfettdrüsen zu betrachten sind. Hautreize müssen demnach das Blut nicht nur zur Haut, sondern auch zu den Brustdrüsen hinleiten.

Folgende Beobachtungen gaben dem Redner zu dem eingeschlagenen Verfahren die nähere Veranlassung.

Im Sommer 1887 theilte ein badeärztlicher Kollege S. mit, dass in seiner Sprechstunde eine Mutter mit ihrer 17jährigen, ledigen Tochter erschien, weil sich bei der Tochter eine starke Anschwellung beider Brüste eingestellt hatte, gleichzeitig bestand beträchtliches Bluttraufeln aus beiden Brüsten. Das wenige Stunden vorher angezogene Hemd war vorn bis ganz herab mit Blut, bezw. stark geröthetem Serum durchtränkt. Der Kollege erinnerte sich sofort der gesprächsweisen Mittheilung eines Arztes, welcher in einem Seebade prakticirte, wonach solche Fälle von Anschoppung der Brüste mit Bluttraufeln nach Seebädern alten Badeärzten nicht ganz unbekannt seien. Bei dem jungen Mädchen waren Bassinbäder einer indifferenten Therme von ca. 23° R. die Ursache gewesen. Diese Mittheilung gab zu denken.

Im Sommer 1892 verordnete S. einer Wittwe von 40 Jahren wegen chronischer entzündlicher Processe im kleinen Becken Alsterbäder. Eines Tages stellte sich dieselbe vor wegen starker Anschoppung der Brüste und beträchtlichem Bluttraufeln. Auch hier wies das Hemd 2 ganz herunterreichende breite rothe Streifen auf. Der Afflux der Brüste verlor sich bald nach Aussetzen der Flussbäder.

Diese Fälle dokumentiren, in welchem hohen Grade Bäder das Blut zu den Brüsten leiten können. Bei der Werthschätzung, die S. für die Hydrotherapie hegt, beschloss er damals, durch Badeproceduren die Milchsekretion zu beeinflussen.

In einer Reihe von Fällen ließ S. bereits in der Schwangerschaft baden, und bald nach dem Wochenbette wurden die Bäder wieder aufgenommen. Die damit dem Anscheine nach erzielten Erfolge sind aber nicht eindeutig. In manchen Fällen wurden die Bäder angewandt, nachdem sich Stillungsnoth deutlich zu dokumentiren begann, und diese sind dann schon mehr beweiskräftig. Es seien daher nur von letzteren 3 prägnante Fälle hier wiedergegeben:

Fall 1. Frau E., zarte, 21jährige Igravida, litt vor der Konception an Retroflexio uteri und Entzündung des linken Parametriums, beabsichtigte zu stillen, Mammae klein, Venennetze wenig entwickelt; nimmt in der 2. Hälfte der Schwangerschaft täglich ein kühles Halbbad bis herab zu 13° R., Dauer 12—15 Sekunden. Im Wochenbette genügende Milchsekretion. Muss ca. 8 Wochen länger liegen wegen Venenthrombose im linken Beine. Milch begann sehr zu schwinden. Nach Verlassen des Bettes wieder täglich 1 kühles Halbbad; sofort wieder so viel Milch, dass das Kind genug erhält, stillt ausreichend noch mehrere Monate, Kind gedieh sehr gut.

Fall 2. Frau H., 22jährig, nimmt während der 2. Hälfte der 1. Gravidität täglich ein kühles Halbbad wie oben. Brüste entwickeln sich sehr gut; stillt mit sehr gutem Erfolge 3 Wochen, alsdann beginnt die Milch zu schwinden. Hat die Bäder post puerp. nicht wieder aufgenommen. Zu Beginn der 5. Woche soll die 2. Mahlzeit überschlagen werden, da »das Kind doch nichts erhält«. Jetzt Wiederaufnahme der Halbbäder. Am nächsten Tage so viel Milch, dass das Kind bei der 2. Mahlzeit (welche dem Bade folgte) »gar nicht gegen angehen kann«. Unter Fortsetzung des täglichen Halbbades bleibt die Milch ausreichend, bis das Stillen aus äußeren Gründen nach einigen weiteren Monaten eingestellt wurde. Das Kind gedieh sehr gut.

Fall 3. Frau Eg., 25 Jahre, Ipuerp., stillt Anfangs ausreichend, muss aber schon im Laufe der 3. Woche 40—70 g Kuhmilch nach jedem Anlegen zugeben. Reichliches Milchträufeln. In der 4. Woche Lochien noch roth: Uterus retro-

flektirt, ungenügend zurückgebildet; Aufrichten des Uterus; Pessar. Halbbad von 23° R., 12—15 Sekunden. Weil stärkerer Blutabgang nach dem Bade eintrat, wird das Baden für 5 Tage wieder ausgesetzt. Sofort nach diesem einen Halbbade völliges Schwinden der Galaktorrhoe und wieder sehr reichliche Milch; Kind wird ausschließlich an der Brust satt und nimmt in 6 Tagen 360 g zu. Die Frau gab ausdrücklich an, dass die Brüste nach den Bädern viel praller wurden und das Kleid sie mehr beengte.

In allen 3 Fällen war zweifelsohne eine ganz in die Augen springende Wirkung erkennbar, in einem Falle als werthvolle Nebenwirkung das Aufhören der Galaktorrhoe, gegen die sonst nirgends brauchbare Mittel angegeben sind. Kalte Waschungen der Brüste allein, von denen S. bei geringeren Graden von Galaktorrhoe gute Erfolge sah, waren hier nicht ausreichend gewesen, das Milchträufeln wurde von Tag zu Tag stärker. — Ferner gewann S. in diesen und anderen Fällen den Eindruck, als ob durch die Bäder, besonders in der Schwangerschaft, der Drüsenkörper sich viel stärker entwickelte, dass die vermehrte Blutzufuhr die Sprossenbildung der Drüsen beträchtlich anrege. Eine andere sehr angenehme Nebenwirkung ist, dass diese kühlen Halbbäder der von stillenden Frauen mit Recht so sehr gefürchteten Adipositàt energisch entgegenarbeiten und auf das objektive und subjektive Allgemeinbefinden ungemein günstig einwirken.

Wiederholt wurde der Versuch gemacht, durch Wägungen die Milchzunahme festzustellen, doch waren keine ganz zuverlässigen Tabellen zu erlangen, da die Wägungen den Wärterinnen überlassen werden mussten und diese nur die unzulänglichen Federwagen kannten, mit den genaueren Wagen dagegen nicht genügend vertraut waren. Eine Mutter stellte selbst Wägungen an. Die Gesammttagesmenge der Milch vor dem 1. Bade betrug nur 200 g, am Tage darauf ergab das 1. Anlegen allein schon 140 g und betrug die Gesammttagesmenge in den nächsten Tagen ca. 360—400 g. Später wurden die Wägungen bald eingestellt.

Für die Wahl von Halbbädern — nicht zu verwechseln mit Sitzbädern — waren folgende Erwägungen ausschlaggebend. Dieselben sind im Gegensatze zu kühlen Vollbädern derselben Temperatur weder chokirend noch angreifend, ferner gestatten sie, viel kühlere Temperaturen zu nehmen. Je kühler aber das Badewasser, desto größer ist der Hautreiz und desto prompter und kräftiger tritt die sog. Reaktion, d. h. der Afflux zur Haut, ein. Auch ist es nach kühlen Halbbädern überflüssig, noch eine Weile Bettruhe zu pflegen, indem die Haut nach dem Baden angenehm warm ist und gegen Erkältung unempfindlich wird. Ein deutliches Wärmegefühl der Haut nach dem Bade tritt prompt erst dann ein, wenn die Bäder unter 20° R. gehalten sind. Die Temperaturen von 17—18° R., welche auch von Blutarmen gern genommen werden, sind die angenehmsten und haben sich für diesen Zweck als genügend wirksam erwiesen. Wesentlich geringere Temperaturen (z. B. 8—6° R. und darunter) können u. A. zu sehr erregend wirken.

Schließlich sind Halbbäder von ca. 18° billiger herzustellen, weil es nicht nöthig ist, eigens dieserhalb den Badeofen anzuheizen, das nöthige heiße Wasser lässt sich einfach nebenbei auf dem Küchenherde gewinnen. Das Baden im ungeheizten bezw. nicht überhitzten Raume ist überdies viel angenehmer. Für Haushaltungen ohne Badeeinrichtung empfiehlt sich sehr die leicht zu handhabende und wenig Wasser benöthigende Wellenbadschaukel.

Für das Baden selbst pflegt S. folgende nähere Vorschriften zu geben: Die Badewanne wird nur bis zu 18—20 cm Höhe gefüllt; man beginnt mit 24—26° R. und fällt jeden Tag um 2° R., bis man bei 18° angelangt ist; die Dauer des Bades beträgt nur Bruchtheile einer Minute. Schutz des Haupthaares durch gut sitzende Kopfkappe. Ehe man ins Wasser steigt, wartet man nach der völligen Entkleidung ein paar Minuten, nimmt also gewissermaßen erst ein Luftbad, denn im kühlen Raume wird schon hierdurch eine Reaktion der Haut eingeleitet, und seift die Körpertheile ein, denen man Seife zugedacht hat. In der Wanne wird Längslage mit etwas angezogenen Beinen eingenommen, so dass der Körper auf Fersen, Kreuzbein und Rücken ruht, der Kopf stützt sich dabei auf das Kopfende der

Badewanne. Jetzt lüftet man die Schultern ein klein wenig (wobei der Kopf den Stützpunkt bildet) und senkt sie wieder, wodurch ein starkes Wellenbad erzeugt wird. Dieses Lüften und Senken der Schultern geschieht 5—6mal, was in Summa etwa 12—15 Sekunden dauert. Beim Abtrocknen leichtes Frottiren der Brüste.

Durch die Wellen werden besonders die vorderen Partien des Rumpfes und damit auch die Brüste energisch gereizt. Je häufiger man badet, desto schneller und kräftiger tritt die Reaktion der Haut ein. Die Hautreize sind aber das wichtige Moment der ganzen Procedur. Nach Mittheilungen von Überseeern soll bei den Frauen der heißen Länder die Stillungsnoth viel seltener sein. Möglich, dass dies auf die in Folge des Klimas im Allgemeinen größere Hautthätigkeit zurückzuführen ist, die durch häufiges Baden und geringe Bekleidung (unbeabsichtigte Luftbäder) noch mehr angeregt wird. (Autoreferat.)

Diskussion: Herr May fragt, wann mit den Bädern im Puerperium begonnen werde und welcher Einfluss auf die Lochien beobachtet worden ist.

Herr Schrader lässt mit den Bädern nach dem Abschlusse des eigentlichen Wochenbettes beginnen, also bei Erstgebärenden nach der 3. und bei Mehrgebärenden nach der 2. Woche, wenn die Lochien nicht mehr blutig sind. In dem einen erwähnten Falle, wo bei einer Erstwöchnerin Blutungen eintraten, war eine Retroflexio uteri vorausgegangen und hatte durch 3 Wochen blutige Lochien unterhalten. Die Subinvolution war bei Beginn der Bäder noch nicht behoben und diese wohl in erster Linie die Ursache des Wiedereintrittes des Blutabganges.

Herr Lomer sagt, dass es mit Freude zu begrüßen sei, dass man mit der Hydrotherapie gegen die mangelhaft secernirenden Brüste vorgehe. Er meint aber, dass in einer Badewanne, die nur 20 cm Wasser enthält und bei einer Badedauer von 12—15 Sekunden die Mammae eigentlich nicht viel mit dem Badewasser in Berührung kommen könnten.

Schrader wies auf die Beziehungen der Milchdrüsen zur Haut hin. Nach L. lasse sich diese Beziehung auch in der Wirkung der Arzneimittel konstatiren, indem schweißtreibende Mittel die Milch vermehren und schweißhindernde sie vermindern. Es gebe z. B. kaum ein besseres Mittel, um die Milch zu vertreiben, als Einreibungen der Brüste mit Unguent. Belladonnae oder die innerliche Darreichung von Atropin. Andererseits entwickele sich die Milchabsonderung zeitlich zugleich mit den profusen Schweißen der Wöchnerinnen, und schweißtreibende Mittel, wie Pulv. Doweri, Salicyl und Phenacetin, vermögen auch vorübergehend und zwar gleichzeitig mit der stärkeren Schweißabsonderung die Milch zu vermehren. Vom sog. »polnischen Hafer« sah L. keinen Nutzen.

Ob die von Schrader angeführte Theorie des erhöhten Blutdruckes Recht habe, lässt L. dahingestellt sein, jedenfalls sah er einmal Galaktorrhoe bei einer abgemagerten, elenden Frau mit kleinem beschleunigten Pulse. Die Milchabsonderung war hier so groß, dass die Milch am Körper herunterlief, die Socken durchnässte und, wenn die Kranke längere Zeit an derselben Stelle saß, sogar am Fußboden Spuren hinterließ. Hier konnte bei kolossal gesteigerter Milchabsonderung jedenfalls nicht von einem erhöhten Blutdrucke als deren Ursache gesprochen werden. L. glaubt hier aber an trophoneurotische Einflüsse.

Sehr wichtig hält L. es, darauf zu dringen, dass Frauen, die stillen wollen, es auch konsequent durchsetzen; es sei erstaunlich, was man mit dieser Konsequenz oft erreiche. Auf einer Reise sah L. einmal in Sicilien eine Bauersfrau ihr 2½ Jahre altes Kind noch stillen. Zur Rede gestellt sagte sie, es käme ihr billiger, wie Milch zu kaufen. Einmal sah L. eine Stillende, die wegen eines Krankheitsfalles auf 6 Wochen verreiste und ihr Kind hier lassen musste, das Stillen nach beendeter Reise mit Erfolg wieder aufnehmen.

L. räth vom Weiterstillen im Allgemeinen ab, wenn die Menses sich wieder zeigen, denn einen doppelten Sämteverlust vertragen die Frauen auf die Dauer nicht.

Herr Schrader erwidert, dass eine Wasserhöhe von 18—20 cm völlig ausreiche, denn durch die Bewegungen des in der Wanne liegenden Körpers werde

in Wirklichkeit ein Wellenbad erzeugt; die Wellen treffen aber ganz besonders die Vorderfläche des Körpers. Die kurze Badedauer genüge, um die sog. Reaktion der Haut hervorzurufen, und dies sei der Zweck des Bades. Als Ursache der Galaktorrhoe sieht auch S. nicht einen erhöhten Blutdruck an, sondern möchte sie zurückführen auf eine Erschlaffung desjenigen Schließapparates, der normalerweise den Ausfluss der Milch zurückhält. Durch die Bäder erstarke aber der Tonus des Schließapparates.

Herr Grapow erwähnt, dass von manchen Ärzten der Somatose ein günstiger Einfluss auf die Milchsekretion zugeschrieben wird; er selbst sah keine Erfolge danach.

Herr Calmann hat Somatose bei 5 Wöchnerinnen angewandt, jedoch erfolglos.

Herr Lomer sah einige Male Erfolge, jedoch kamen dieselben von dem vermehrten Appetite bezw. Essen.

Herr Seeligmann sah bei einer Amme einen aber nur vorübergehenden Erfolg. Hinsichtlich der Nutrose lasse sich noch nichts entscheiden.

Herr Matthaei hat Somatose 7—8mal angewandt; einmal war ein sehr eklatanter Erfolg, aber nur, weil die Wöchnerin alsdann mehr aß.

Herr Schrader hat Somatose wegen des unverhältnismäßig hohen Preises (per Pfund 25 ℳ) nur einmal angewendet, weil es bereits angeschafft war; es ließ im Stiche. Die günstigen Erfolge, die er in gynäkologischen Fällen nach aus Blut hergestellten Präparaten, im Besonderen nach Pfeuffer's Hämoglobinzeltchen sah, ließen immerhin die Anwendung derselben des Versuches werth erscheinen; er zieht aber in dieser Hinsicht die Verordnung von sog. Thüringer Rothwurst vor. Dieselbe enthält gekochtes Blut, ist billiger und schmackhafter; eben so verzichtet er auf die aus Milch hergestellten Präparate, indem er einfach Milch selbst reichen lässt; dieselbe kann bei Widerwillen in den mannigfachsten Formen verabfolgt werden und ist billiger als jene Fabrikate, die jetzt mit großer Reklame angepriesn werden.

An der weiteren Diskussion betheiligen sich noch die Herren Rose und Seifert.

Sitzung vom 28. März 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Demonstrationen: Herr Staude: 1) eine gravide linke Tube, bereits geplatzt, jedoch noch Eireste enthaltend.

2) Ein Uterus mit Corpuscarcinom; Stückchendiagnose; per vag. nach Schuchardt entfernt.

Redner hat mit diesem Falle 30 nach Schuchardt operirt, von diesen starben 4 im Anschlusse an die Operation, ein weiterer Fall ging einige Monate nach der Operation an Apoplexie zu Grunde und 1 an rapider allgemeiner Carcinomatose. Von den verbleibenden 24 Fällen mit obigem Falle als günstig gedeutet, sind nur 3 recidivfrei geblieben bezw. von 23 nur 2. Also auch mit der besseren Zugänglichkeit des Schuchardt keine besseren Verhältnisse hinsichtlich der Recidive.

Auf Befragen ergänzt Herr Staude seine Mittheilungen noch dahin, dass die beiden recidivfreien Fälle 1 Jahr (Corpuscarcinom) und $^3/_4$ Jahr (Cervixcarcinom) recidivfrei geblieben sind.

Herr Lomer legt eine Statistik vor von anderen Autoren bezüglich der Fälle, welche über 2 Jahre recidivfrei geblieben sind (Leopold, Schauta, 42%). L. fragt, wie Staude es erkläre, dass die Einen so gute Zahlen veröffentlichen, während Andere so schlechte berichten.

Herr Staude hat im Laufe der Zeit immer mehr Auswahl der Fälle getroffen und die Totalexstirpation unterlassen, sobald der Uterus nicht mehr gut beweglich war; aber die Resultate waren dennoch sehr wenig befriedigend. In einem Falle war nur eine kirschkerngroße Veränderung an der hinteren Cervixwand. Eug. Fränkel erklärte es nicht für Carcinom, jedoch ging der Löffel tiefer hin-

sein als normal, woraufhin S. den Uterus exstirpirte. Die Frau blieb 3 Jahre frei, ging dann an Recidiv zu Grunde.

Herr Staude glaubt, dass auch die leichteren Fälle mit Schuchardt operirt werden müssten, weil die Ausräumung ergiebiger ist; bezüglich der weniger günstigen Fälle bleibt es auch trotz Schuchardt beim Alten.

Herr Lomer fragt Herrn Staude, wie viele Fälle er nach der alten Methode gehabt habe und wie deren Resultate waren.

Herr Staude kann die Zahl sofort nicht genau angeben, schätzungsweise ca. 60 Uterusexstirpationen: von diesen nur etwa 2—3 Fälle, die er 5—6 Jahre recidivfrei gesehen; ob sie noch leben, müsste erst festgestellt werden.

Herr Calmann erhofft bessere Resultate, wenn man die Igniexstirpation ausführt gerade in Fällen mit beabsichtigten Nebenverletzungen (Urether und Blase).

Herr Lomer: Wenn man mit den anderen Methoden in 42% 2jährige Recidivfreiheit erziele, dann sind schwerere Operationsmethoden überflüssig.

Herr Ratjen erwähnt, dass eine Frau, welche vor 15 Jahren von Werth operirt wurde, noch lebt.

Herr Staude erwidert Herrn Calmann, dass es beim Cervixcarcinom sich um die Frage drehe, wie weit in den Lymphgefäßen einzelne Krebszellen (event. mikroskopisch nachweisbar) vorgedrungen sind; wenn solche bereits jenseits der Klemme sitzen, sei es gleichgültig, womit man abtrennt, ob mit dem Messer oder Glüheisen.

An der Diskussion betheiligen sich noch die Herren Mond, Rösing und Calmann.

Sitzung vom 11. April 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Es stellt Herr Lomer mit Bezugnahme auf seinen hier gehaltenen Vortrag eine Pat. mit Hyperästhesie der Bauchdecken vor, bei der von anderer Seite wegen der Schmerzen das rechte Ovarium exstirpirt werden sollte:

Es besteht Hyperästhesie der ganzen rechten Körperhälfte, Anästhesie des Gaumens und nach der freundlichst von Herrn Dr. Wilbrand vorgenommenen Augenuntersuchung eine koncentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes. Auch Herr Wilbrand hält die Kranke für hysterisch.

Lomer erwähnt, dass auch diese Kranke die anamnestisch wichtige Dysmenorrhoe aufwies, und zwar fehlt auch hier die Angabe nicht, dass der Schmerz bei der Periode auch fortbestand, wenn das Blut reichlich floss. Um eine mechanische obstruktive Dysmenorrhoe konnte es also sich nicht handeln.

L. wie auch Dr. Wilbrand hielten die Pat. für suspekt auf Alkoholismus, obwohl dies seitens der Kranken nicht zugegeben wird. L. weist auf die Wichtigkeit des Alkoholismus als Agent provocateur der Hysterie hin, wie solches aus den von Herrn Dr. Staude uns kürzlich mitgetheilten Fällen deutlich hervorging.

Herr Rose bemerkt hierzu differentialdiagnostisch, dass bei peritonitischer Reizung auch langsames Eindrücken schon schmerzhaft sei, was bei Hauthyperästhesie nicht der Fall ist.

Herr Staude erwidert, dass dies nicht immer zutrifft, denn wenn man auch langsam eindrückt, so wird doch über Schmerz geklagt, sobald man auf den schmerzhaften Punkt kommt.

Herr M. Frank hält seinen angekündigten Vortrag: »Über Genitaltuberkulose«.

Vortr. berichtet zunächst über die verschiedenen Infektionswege, die bei der primären und sekundären Genitaltuberkulose in Betracht kommen. Er erwähnt ferner, dass die einzelnen Theile des Genitaltractus in verschiedener Frequenz befallen werden, was wohl vor Allem von der anatomischen Beschaffenheit der in Betracht kommenden Gewebe abhängt. — Es wird darauf hingewiesen, dass die

Genitaltuberkulose viel häufiger diagnosticirt würde, wenn systematisch alle gewonnenen Objekte, ob verdächtig oder nicht, genau mikroskopisch untersucht würden. Die Symptome allein sind meist zur Diagnosenstellung nicht hinreichend. Es wird dann über einen Fall von papillärer Portio-Tuberkulose berichtet, der zur Beobachtung und Operation seitens des Vortr. kam, aber nach einer der Operation vorausgeschickten Probe-Excision und mikroskopischer Untersuchung des excidirten Gewebes als Tuberkulose erkannt wurde.

Es handelte sich um eine 21jährige Virgo, die ärztliche Hilfe nur desshalb aufsuchte, weil die Menses nur 2mal aufgetreten waren, zuletzt vor ca. 3/4 Jahr. — Vor 3 Jahren tuberkulöse Erkrankung an einem Mittelhandknochen. — Die Portio war in einen blumenkohlartigen Tumor umgewandelt, der beide Lippen einnahm. — Uterus anteflektirt, normal groß, Nachbarschaft und Adnexe frei. — Es wurde zunächst die vaginale Totalexstirpation beabsichtigt; da jedoch bei der Operation die Mucosa und Muscularis des Corpus uteri, das Peritoneum und die Adnexe intakt erschienen, wurde mit Rücksicht auf das Alter der Pat. die hohe Portio-Amputation vorgenommen. Glatte Heilung.

Im mikroskopischen Bilde fanden sich typische Miliartuberkel, aber keine Tuberkelbacillen. In der Nähe der Amputationsfläche fanden sich sowohl in der Mucosa, als auch in der Muscularis noch tuberkulöse Herde.

Im Hinblick auf diesen Befund weist Vortr. darauf hin, dass man gut thun wird, auch bei diesen mehr lokalisirt erscheinenden tuberkulösen Erkrankungen der Portio oder Cervix, eben so wie bei Carcinom an Stelle der partiellen Operation die mehr radikale Totalexstirpation zu setzen, wenn auch die betreffende Pat. sich jetzt, 3 Jahre nach der Operation, vollkommen wohl und frei von Recidiv befindet.

Die Abbildungen der blumenkohlartigen Veränderungen der Portio werden gezeigt.

Diskussion: Herr Mond: Außer Coitus etc. können bei Tuberkulösen auch Traumen den Anstoß zur Entwicklung geben, wie die Experimente Simmond's beweisen, welcher bei durch Impfung tuberkulös gemachten Kaninchen den einen Hoden abgebunden hat; in diesem Hoden kam alsdann die Tuberkulose zur Entwicklung.

Herr Lomer betont die Wichtigkeit der Beobachtung des Vortr., da jeder Praktiker diese Affektion für Carcinom ansehen würde; man müsse daher diese Fälle stets auch mikroskopisch untersuchen, manch geheilter Fall von vermeintlichem Carcinom wäre vielleicht so zu erklären.

Nachdem sich an der Diskussion noch die Herren Rose, Mond, Rösing und Schrader betheiligt haben, bemerkt Herr Frank im Schlussworte, dass er die von Herrn Mond erwähnte traumatische Infektion als die »durch Kontusion« aufgeführt habe.

---

4) Belgische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Brüssel.

Stouffs: Anästhesie durch Injektion von Cocain unter die Arachnoidea lumbalis.

Während meines letzten Aufenthaltes in Paris hatte ich Gelegenheit, im Hospital Lariboisière Tuffier sein neues Verfahren der Anästhesie durch Injektion von Cocain unter die Arachnoidea lumbalis zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel anwenden zu sehen.

Dieses Verfahren giebt eine vollkommene Anästhesie, es bietet weniger Gefahr, als die Chloroform- oder Äthernarkose, ist für die Operirten weniger unangenehm und wird von diesen leichter, als das Chloroform oder der Äther acceptirt.

Ermuthigt durch diese Vortheile, habe ich diese Methode bei 42 theils chirurgischen, theils gynäkologischen Operationen angewendet. Alle diese Operationen, von kürzerer oder längerer Dauer, konnten unter vollkommener Anästhesie ausgeführt werden, sobald die Dosis des injicirten Cocains hinreichend war.

Nach meinen Erfahrungen ist die von Tuffier angegebene Dosis von 1—$1^1/_2$ cg unzureichend; ich selbst spritze immer 2 cg ein, und wenn die Operation längere Zeit dauert, besonders bei Operationen an den Bauchorganen, glaube ich, dass man selbst $2^1/_2$—3 cg einspritzen muss.

Die Anwendung der Methode geschieht folgendermaßen:

Der Kranke befindet sich am Rande des Operationstisches; die Lendengegend wird gehörig durch Abseifen und Waschen mit Alkohol aseptisch gemacht.

Während sich der Rumpf in gerader Richtung befindet, muss die transversale Linie, welche die beiden Cristae iliacae verbindet, durch die Mitte des Processus spinalis des 4. Lendenwirbels gehen. Man fixirt nun mit dem linken Zeigefinger diesen Processus und lässt den Kranken den Rücken stark nach vorn beugen und gleichzeitig die Arme parallel und horizontal ausstrecken, um so weit als möglich die beiden Wirbel, zwischen denen die Operation gemacht werden soll, aus einander zu ziehen.

Es wird dann, nachdem der Kranke hiervon benachrichtigt ist, die Nadel ohne die Spritze 1 cm rechts vom linken Zeigefinger in gerader Richtung so eingeführt, dass man die Haut, das Fettgewebe und die Muskelschicht durchbohrt und in den Wirbelkanal eindringt.

Das Ausfließen, Tropfen für Tropfen, der arachnoidischen Flüssigkeit beweist, dass die Spitze der Nadel sich im Kanale befindet.

Jetzt wird die Spritze, welche eine 2%ige Lösung von Cocain enthält, aufgeschraubt und 1 g, mitunter auch $1^1/_2$ g dieser Flüssigkeit sehr langsam eingespritzt.

Die Einstichöffnung wird mit Kollodium bepinselt.

Es versteht sich von selbst, dass die Nadel, die Spritze und die Lösung vorher aseptisch gemacht werden.

Wenn man mit sehr empfindlichen Personen zu thun hat, kann man die Stelle der Einspritzung durch Pulverisation von Chloräthyl unempfindlich machen; alsdann fühlt der Pat. selbst nicht den Schmerz des Einstiches.

Die Nadel, deren man sich bedient, muss lang und stark sein. Ihre Einführung zwischen den Wirbellamellen bietet keine großen Schwierigkeiten dar, sobald man Sorge trägt, den Processus spinalis des 4. Lendenwirbels zu fixiren. Wenn es vorkommen sollte, dass man mit der Nadel auf eine knöcherne Lamelle stößt, so muss man dieselbe ein wenig zurückziehen und alsdann quer nach oben oder unten, je nach den Verhältnissen, wieder einführen.

Es ist unbedingt nothwendig, dass die arachnoidale Flüssigkeit durch die Höhlung der Nadel abfließt, um sicher zu sein, dass letztere sich im Medullarkanale befindet; und man kann erst das Cocain einspritzen, wenn diese Bedingung erfüllt ist. W e n n d i e I n j e k t i o n n i c h t i n d e n M e d u l l a r k a n a l g e s c h i e h t, s o e r r e i c h t m a n k e i n e A n ä s t h e s i e.

Die Einspritzung in den Medullarkanal an dem oben bezeichneten Punkte bietet keine Gefahr, wenn sie aseptisch gemacht wird. Die Furcht, das Rückenmark zu verletzen, ist hinfällig, da das untere Ende desselben sich viel höher als da, wo der Einstich gemacht werden muss, befindet, nämlich in der Höhe des 1. Lendenwirbels. Da die austretenden Nervenwurzeln mehr nach außen liegen, so können auch diese nicht verletzt werden. Nach Verlauf von 3 oder 4 Minuten fühlen die Kranken in den unteren Extremitäten ein Kribbeln, mitunter ein Zittern oder selbst einige Kontraktionen. Öfter zeigt sich Angstgefühl im Epigastrium, verbunden mit Übelkeit und Erbrechen; letzteres ist sehr vorübergehend. Mit der Übelkeit tritt bisweilen starker Schweiß auf, auch eine Pulsbeschleunigung bis 120. Der Puls fällt aber bald wieder auf das Normale. Mitunter klagen die Pat. über Kopfschmerzen, besonders solche, welche oft von denselben heimgesucht werden.

Am Abend der Operation sieht man bisweilen Erhöhung der Temperatur auf 38, 39 und selbst $39^1/_2$°, um am folgenden Tage wieder auf das Normale zu fallen.

Alle diese angegebenen Folgeerscheinungen sind nur vorübergehend, dauern nur einige Augenblicke, und noch vor Beendigung der Operation fühlt sich der Kranke ganz wohl.

Die Anästhesie beginnt an den unteren Extremitäten und steigt allmählich bis zu allen unterhalb des Zwerchfelles gelegenen Organen; sie ist vollkommen nach 4—10 Minuten und ist der Art, dass der Kranke sehr gut die Berührung fühlt, ohne jedoch den geringsten Schmerz zu empfinden. Die Anästhesie dauert ungefähr 1—1$^{1}/_{2}$ Stunden, in anderen Fällen weniger lange, ja selbst nur $^{1}/_{2}$ Stunde, wenn die Dosis des eingespritzten Cocains geringer als 2 cg war.

Die Sensibilität kehrt zuerst in den oberen Partien des Körpers zurück, um dann schnell bis zu den Füßen herabzugehen.

Ich habe niemals ernste oder beunruhigende Folgen von der Methode beobachtet. Im Allgemeinen fühlen die Kranken nach der Operation keine Folgen des Cocains mehr, sie sind heiter und sehr befriedigt. Wenn sie nervös und aufgeregt bleiben, so braucht man nur eine Morphiuminjektion zu machen, um die Nervosität, die Aufgeregtheit und die von der Operation herrührenden Schmerzen zu beruhigen.

Die geschilderte neue Methode der Anästhesie wird sicherlich nicht die allgemeine Anästhesie durch Äther oder Chloroform verdrängen, sie muss aber letzterer vorgezogen werden, weil sie keine Gefahren bietet und weil sie leicht von den Kranken acceptirt wird, besonders bei Personen, welche an Bronchitis oder Herzaffektionen leiden, und bei denen, welche disponirt sind zu Kongestionen und centralen Hämorrhagien, auch bei sehr geschwächten Personen und bei Alkoholikern.

In allen Fällen, wo der Operationsherd sich in der Zone der Anästhesirungsstelle befindet, ist diese Methode der allgemeinen Anästhesie vorzuziehen.

Bei Bruchoperationen bietet das neue Verfahren einen großen Vortheil, indem es dem Pat. erlaubt, dem Operateur zu helfen, den Bruchsack schnell zu finden; überdies verhindert der Umstand, dass kein Erbrechen sich nach der Operation einstellt, ein durch letzteres häufig verursachtes Recidiv.

Ich habe keine Gelegenheit gehabt, das besprochene Verfahren in der Geburtshilfe anzuwenden; ich weiß aber wohl, dass es mit Vortheil versucht worden ist, um die Anlegung der Zange oder andere geburtshilfliche Operationen unempfindlich zu machen. Ich bin der Ansicht, dass man es mit Erfolg anwenden kann, um die häufig zu große Schmerzhaftigkeit der Wehen einer normalen Entbindung zu beseitigen; und ich glaube schließlich, dass die Injektion von Cocain unter die Arachnoidea lumbalis die Hyperästhesie der Kreißenden beruhigt und derselben erlaubt, zu drängen und so die Geburt ohne geburtshilflichen Eingriff zu beenden. **R. Saulmann** (Brüssel).

Harnorgane.

5) G. L. Hunner (Baltimore) und Irving (Lyon). Die Kapacität der weiblichen Harnblase.

(John Hopkins Hospital Bulletin 1899. December.)

Die Verff. suchten festzustellen: 1) Die Ausdehnungsfähigkeit der weiblichen Harnblase durch Luft, 2) die inneren Ausmaße von der inneren Harnröhrenmündung nach gewissen Punkten ihrer Wandungen. Zur Beantwortung der ersten Frage wurden die 3 Höhlen des weiblichen Beckens in der Knie-Ellbogenlage mit Luft gefüllt, die Blase mittels eines eingeführten Katheters, an welchem ein langer Gummischlauch befestigt war. Darauf wurde letzterer mit einer Klammer geschlossen, die Frau in Rückenlage umgewendet, die in der Harnblase vorhandene Luft ausgedrückt und unter Wasser nach Öffnen der Klammer aufgefangen. Die noch rückständige Luft wurde mittels doppelläufigen Katheters ausgetrieben und gemessen. Auch die Kapacität für Flüssigkeit, Borsäurelösung, wurde geprüft, indem sie durch doppelläufigen Katheter in die Blase der narkotisirten Frau eingespritzt wurde, bis zum Überlaufen, während bei nicht narkotisirten Frauen die

Anfüllung bis zur Grenze der Erträglichkeit geführt wurde. Das Fassungsvermögen für atmosphärische Luft betrug bei 25 Frauen im Durchschnitte 303 ccm, in minimo 160 ccm, in maximo 545 ccm, in Anästhesie konnten im Durchschnitte von 17 Fällen 306,7 ccm, ohne Anästhesie in 8 Fällen durchschnittlich nur 295,0 ccm eingeführt werden. Von Flüssigkeit wurden bei 22 Frauen durchschnittlich 429,7 ccm, in minimo 210, in maximo 840 ccm vertragen, und zwar in Anästhesie durchschnittlich in 15 Fällen 449,6 ccm, ohne dieselbe in 7 Fällen 387,1 ccm.

Der Einfluss vorangegangener Geburten ergiebt sich aus folgender Zusammenstellung:

	für Luft	für Flüssigkeit
Nulliparen	318,8 ccm (13 Fälle)	464,5 ccm (11 Fälle)
Multiparen	291,2 » (12 »)	395,0 » (11 »)

Ein auffallendes Ergebnis, vielleicht doch nur durch Zufall Folge der geringen Anzahl, vielleicht auch Folge des höheren Alters, welches bei den Multiparen 36, bei den Nulliparen 26 Jahre betrug.

Es maß durchschnittlich die Entfernung der inneren Harnröhrenmündung vom

höchsten Punkte 7,14 cm, bei Nulliparen 7,43 cm, bei Multiparen 6,83 cm,

entferntesten Punkte der Hinterwand 5,77 cm, bei Nulliparen 5,75 cm, bei Multiparen 5,79 cm,

entferntesten Punkte der linken Seitenwand 6,70 cm, bei Nulliparen 7,03 cm, bei Multiparen 6,35 cm,

entferntesten Punkte der rechten Seitenwand 5,92 cm, bei Nulliparen 6,12 cm, bei Multiparen 5,72 cm.

Auffallend ist die sich ergebende Asymmetrie, in 16 Fällen war die linke Seitenwand weiter entfernt, in 6 umgekehrt die rechte, wogegen in 3 beide Seiten sich gleich verhielten.

Ref. findet, dass die Grenzwerthe doch allzu verschieden sind, um die Ergebnisse der mühsamen Untersuchung praktisch verwerthbar zu machen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

6) Dudley (Chicago). Verengerung des Harnleiters und Harnleiter-Scheidenfistel, die durch Trachelorrhaphie veranlasst war.

(Boston med. and surg. journ. 1900. März 1.)

D. machte eine Trachelorrhaphie, und später fand sich, dass ein Theil des Harnes durch die Scheide abfloss. Die Sondirung des linken Harnleiters von der Blase aus war nicht möglich, eben so konnte auch die Öffnung des Harnleiters in der Scheide nicht gefunden werden. D. machte nun einen Schnitt in die Harnblase von der Scheide aus, und hierbei traf er eine stark erweiterte Stelle des Harnleiters, welche offenbar jenseits einer Verengerung lag; von hier aus konnte leicht eine Sonde nach dem Nierenbecken hinauf geschoben werden. Um nun eine neue Öffnung des Harnleiters in die Harnblase zu erreichen, nähte D. zunächst die Schleimhaut der Blase an die der Scheide rings um die künstliche Fistel herum an, darauf führte er eine Arterienzange durch Scheide und Fistel zuerst in die Blase ein, schob darauf ihr eines Blatt in den Harnleiter hinein, das andere blieb in der Blase, und nun wurde die Zange geschlossen und liegen gelassen. Nach 3 Tagen fiel sie ab, und 12 Tage später wurde die Blasen-Scheidenfistel auf gewöhnliche Art geschlossen. Die Heilung blieb beständig. Bei der Trachelorrhaphie war offenbar der linke Harnleiter durch eine Naht geschlossen und oberhalb dieser Stelle verletzt worden. Lühe (Königsberg i/Pr.).

7) A. E. A. Lawrence (Bristol). Gefäßkarunkeln der Urethra.

(Bristol med.-chir. journ. 1900. März.)

Die häufig in der Praxis noch üblichen Ätz- resp. Glühmittel werden verworfen und für alle Fälle, wo die Geschwulst nicht gerade direkt unten am Meatus sitzt, Spaltung der Urethra, Abtragung der Geschwulst mit Geschwulstboden und

dessen Naht und Wiedervereinigung der Harnröhre als einzig zulässiges Verfahren empfohlen. **Zeiss** (Erfurt).

8) **Phaenomenow.** Ein interessanter Fall von Ureterverletzung beim Bauchschnitte.

(St. Petersburger geb.-gyn. Gesellschaft 1900. 17./29. Februar.)

P. hatte in Kasan eine 35jährige, steril verheirathete Frau operirt wegen intraligamentärer Kystome. Ausgedehnte Verwachsungen mit Netz und Darm. Da Eiter vermuthet, versuchte P. Enukleation in toto. Links gelang es, rechts aber wurde bei der schwierigen Ausschabung aus der Tiefe der Ureter durchschnitten, ja es war ein Stück desselben excidirt worden. An Zusammennähen der beiden Enden war also nicht zu denken, eben so wenig konnte man den Ureter in die Blase einnähen. Da die Einnähung des Ureters in den Darm eben so wohl wie in die Hautwunde mit Anlegung einer Ureter-Hautdeckenfistel schlechte Resultate giebt und oft hinterher zur Exstirpation der Niere zwingt, so zog P. das untere Ende des oberen Ureterabschnittes aus dem subperitonealen Gewebe etwas heraus und unterband den Ureter kräftig mit 2 Ligaturen. Das obere Ende des unteren Ureterenabschnittes ließ er unberücksichtigt auf Grund der Ergebnisse von Thierexperimenten. Glatte Genesung ohne Fieber. Bauchnähte am 11. Tage entfernt, nach 3 Wochen aufgestanden, nach 5 Wochen entlassen. Laut Nachricht nach 7 Monaten Euphorie. Was ist mit der Niere geschehen? Gemäß den Thierexperimenten atrophirt die Niere bei absolutem Verschlusse des Ureters, bei unvollständigem entsteht Uronephrose mit Fortdauer der Nierenthätigkeit. Die Niere dürfte hier der Atrophie verfallen sein. P. will sein Vorgehen nur empfehlen für die Fälle, wo die Niere gesund ist und es nicht gelingt, den durchschnittenen Ureter zusammenzunähen oder das untere Ende des oberen Ureterenabschnittes in die Blase einzunähen. **Fr. Neugebauer** (Warschau).

9) **E. Lobstein** (Heidelberg). Die Blasensteinoperationen der Czerny-schen Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 1.)

In den Jahren 1877—1898 wurden 81 Operationen ausgeführt. Die Methoden waren der mittlere Dammschnitt, der hohe Blasenschnitt, die Lithotripsie und die Dilatation der Urethra (beim Weibe). Beim hohen Blasenschnitte wurde stets die Blasennaht ausgeführt in erster Zeit einreihig, später mit Etagennähten.

Calmann (Hamburg).

10) **Reisinger** (Mainz). Beitrag zur Behandlung der Hydronephrose.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXI. Hft. 2.)

In einem Falle wurde erst eine Hydronephrosenfistel angelegt, 14 Tage später wurde nach Analogie der Enteroanastomose zwischen dem günstig gelegenen Nierensacke und der Blase eine Kommunikation gebildet. Tadelloser Dauererfolg.

Calmann (Hamburg).

11) **Condamin und Voron.** Beitrag zum Studium der Scheiden-Darmfisteln nach Vaginaloperationen.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 6.)

Im Allgemeinen zeichnen sich diese Scheiden-Darmfisteln durch außerordentliche Gutartigkeit aus im Gegensatze zu denen, die nach Abdominaloperationen auftreten. Man sieht sie nach allen vaginalen Uterus- oder Adnexoperationen auftreten; unter den 36 Fällen der Verff. betraf die Verletzung des Darmes 5mal den Dünndarm, 1mal die Flexura coli und 30mal den Mastdarm. Man unterscheidet: 1) präoperative Fisteln, d. h. es giebt schon vor dem Eingriffe eine Kommunikation zwischen Darm und einem Eitersacke (Dermoid, Pyosalpinx), und der Operateur hat dann nach Eröffnung der Scheide und des Sackes die fertige Fistel vor sich. Die Fistel ist übrigens schon vorher an dem schweren Allgemeinzustande

und Eiter im Stuhlgange zu erkennen. Der dem verwachsenen Darme anliegende Eiter verdünnt nach und nach die Darmwand, bis sie durchbricht, was zuweilen auch im Augenblicke der Operation eintreten kann, ohne dass eine direkte Verletzung stattfand. Anwesenheit von Bact. coli im Eiter und Auftreten von Durchfällen zeigt drohenden Durchbruch an. Diese 2. Art nennt man operative, die natürlich auch durch Verletzung mit einem Instrumente bei der Operation oder beim Lösen von Adhäsionen entstehen kann. 3) Die postoperativen: Ein Darmabschnitt war vielleicht schon krank und wird nun nekrotisch, oder er war durch die Finger oder mit Klemmen gequetscht worden oder sein Mesenterium wurde beschädigt, dann wird sich nach einigen Tagen die Fistel zeigen. 4) Indirekte entstehen, wenn nach Eröffnung des Douglas durch das Operationsmesser oder ein Geburtsinstrument (Forceps!) der Douglas eröffnet wird, eine Darmschlinge durchschlüpft und sich einklemmt.

Die Symptome sind hier, wie beim eingeklemmten Bruche; ist die Scheidenfistel da, fließt eben der Koth durch die Scheide ab, und aus der Menge und Beschaffenheit des Kothes wird man leicht schließen können, welchem Darmabschnitte die Fistel angehört. Sitzt sie im Rectum, wird die Finger- und Sondenuntersuchung oder Einspritzen von Milch in den Mastdarm Aufschluss geben. Die Scheide wird durch die Kothmassen entzündet und dies erschwert oft die Untersuchung. Sitzt die Fistel in einem oberen Darmabschnitte, so leidet auch das Allgemeinbefinden erheblich. — Gewöhnlich ist spontane Schließung der Fistel, wenn dieselbe klein ist und nur flüssigen Koth durchlässt; nöthigenfalls ätzt man die Ränder mit Chlorzink, Höllenstein, dem Thermokauter, auch mit Acid. nitric. Ist eine Operation nöthig, kann man nach Doyen 2 seitliche Lappen ablösen, die Fistel verschließen und darüber die Lappen vereinigen. Kann man sich die Fistel nicht zugänglich machen, oder hindert ein Sporn die Darmpassage, dann bleibt nur die Laparotomie übrig, wobei die Verff. Werth darauf legen, dass ein Assistent mit dem Finger von der Vagina den Douglas und damit die Fistelgegend emporhebt. Der Darm wird gelöst, rasch vor die Wunde gebracht und in 2 Schichten nach Czerny vernäht. Von der Scheide aus wird ein Gazestreifen vorgeschoben, die Bauchwunde gereinigt. Eine so Operirte genas glatt. — Die Gutartigkeit dieser Fisteln wird von den Verff. zu Gunsten des vaginalen Weges bei der Behandlung der Beckeneiterungen verwerthet. **Witthauer** (Halle a/S.).

12) **Cousins.** Blasenverletzungen im Verlaufe von gynäkologischen Operationen.

(Brit. med. journ. 1900, Mai 19.)

Ist bei verwachsenen Tumoren eine Verletzung der Blase nicht vermeidbar gewesen, so muss einmal verhindert werden, dass Urin in die Beckengewebe oder in die Bauchhöhle dringt, und ferner muss der Riss genäht werden. In schwierigen Fällen wird man gut thun, vor der Operation die Blase zu entleeren und die Lage des Organs mit einer Sonde genau zu bestimmen. Sitzt die Verletzung sehr tief im Becken, so dass die Naht unmöglich erscheint, so genügt eine gute Drainage. C. berichtet dann über eine Frau, die am 11. Tage nach einer Ovariotomie Urin aus dem unteren Winkel der Bauchwunde entleerte und bei der später ein nekrotisches Stück aus der Urethra ausgestoßen wurde. Es trat trotzdem völlige Heilung ein. Verf. führt die Nekrose auf eine Ligatur zurück, die einen Theil der Blase gefasst hatte. Für die Blasennaht empfiehlt C. eine doppelte Etagennaht. Will man ausgiebig drainiren, so kann man eine Vesico-Vaginalfistel anlegen; Holme Wiggin in New York berichtete über die Heilung einer Bauchdecken-Blasenfistel nach Anlegung einer Blasen-Scheidenfistel.

Rissmann (Osnabrück).

Verschiedenes.

13) **G. Möller** (Greifswald). Bericht über die Influenzaepidemie im Februar 1900 in der geburtshilflichen Klinik in Greifswald.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 29.)

M. berichtet über 21 Influenzafälle, welche unter den charakteristischen Erscheinungen — 11 an einem Tage — erkrankten. Im Sputum wurden Influenzabacillen nachgewiesen. Fast alle Pat. klagten über Kreuzschmerzen. Mehrgebärende gaben an, Wehen zu haben, welche sich auch schließlich konstatiren ließen. Abgehen von Blut wurde dagegen nicht beobachtet. Die Gravidität der ersten Monate zeigte sich schwer beeinflusst. Ein Fall im 5. Monate mit hohem Fieber endete mit Abort. Bei den übrigen 20 Schwangeren trat 10mal die Geburt, darunter 5mal vor Ende der Schwangerschaft zu Anfang des 9. Monates ein. Dies waren die schwereren Fälle. Bei den leichteren erreichte die Gravidität ohne Komplikation für Mutter und Kind ihr Ende. — Bei Geburt mit Komplikation durch Influenza sind die Wehen energisch, erfolgreich, schmerzhaft. Der Fortgang der Geburt geht schnell vor sich (1 Sturzgeburt). Die Energie des Uterus ist leicht erschöpft, so dass in 5 unter 11 Fällen Ergotin, Massage, heiße Spülung angewendet werden musste. Die Atonie p. p. möchte M. zum Theile auf schnell eingetretene Entleerung des Uterus zurückführen, zum Theile als ein Symptom der Prostatio virium bei Influenza auffassen.

Das Wochenbett ist durch mehrtägige Nachblutungen komplicirt; die Rückbildung des Uterus verzögert sich. Infektiöse Processe kommen im Uterus nicht vor. — Beim Neugeborenen können leichte Grade von Influenza auftreten, welche sich in Störungen der Verdauungs- und Athmungsorgane äußern. Die Nabelwunde erfährt verlangsamte Heilung. Kinder von Müttern mit Influenza während der Schwangerschaft erleiden keine Störung ihres Befindens.

Graefe (Halle a/S.).

14) **A. E. Neumann** (Berlin). Verbesserter »Harnscheider« zum Auffangen der gesonderten Urine beider Nieren beim Weibe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 38.)

Da N. den Ureterenkatheterismus für ein durch die Möglichkeit von Verletzungen und Infektion gefährliches Verfahren ansieht, so hat er bereits 1897 (Deutsche med. Wochenschrift No. 43) ein Instrument angegeben, mit welchem der Urin beider Nieren beim Weibe gesondert aufgefangen werden konnte. Er hat dasselbe jetzt wesentlich abgeändert. Das neue Modell erreicht diesen Zweck ohne Anwendung von Cystoskop, Harnleiterkatheter und ohne gewaltsame Dehnung der Harnröhre dadurch, dass eine durch Harnröhre und unteren Theil der Blase längs deren hinterer Wand in der Mittellinie verlaufende, künstliche Scheidenwand den aus den beiderseitigen Harnleitern geschleuderten Urin getrennt nach außen zu fließen zwingt, während zwischen der künstlichen Scheidenwand und der hinteren Blasenwand ein wasserdichter Abschluss bewirkt und die Stellung der Frau so gewählt wird, dass die äußere Harnröhrenmündung den tiefsten Punkt des Blasen-Harnröhrenlumens darstellt.

Die genaue Beschreibung des Instrumentes muss im Originale eingesehen werden, da sie nur durch die dort befindlichen Abbildungen verständlich wird. Dasselbe ist zu beziehen vom Instrumentenmacher Paul Engmann, Berlin NW, Charitéstr. 4.

Graefe (Halle a/S.).

15) **Elsberg** (New York). Vorläufige Mittheilung über eine einfache neue Art, Katgut zu sterilisiren.

(Med. record 1900. Mai 5.)

Zunächst wird das Rohkatgut durch Liegen in einer Mischung von 1 Theil Chloroform mit 2 Theilen Äther während 24 Stunden entfettet, darauf getrocknet

und auf Spulen gewunden und zwar in nur einer Schicht. Diese Spulen werden 10—30 Minuten lang in einer gesättigten Lösung von Schwefelammonium in Wasser gekocht, und zwar kocht diese Lösung erst bei 106—108° C. Da sich immer etwas Schwefelammonium auf dem Katgut in Krystallen niederschlägt, wird es in warmem sterilen Wasser, Karbol- oder Sublimatlösung ausgewaschen und in Alkohol aufbewahrt. Das so gewonnene Katgut ist nicht nur vollkommen steril, sondern es scheint auch weniger zerreißlich zu werden, quillt in den Geweben nicht auf und wird darin innerhalb 4—8 Tagen aufgesogen. Wünscht man Chromkatgut, so kann man das Schwefelammonkatgut in Chromsäurelösung 1 : 1000 kochen; will man den Sterilisationsprocess rascher vollenden, in 3—10 Minuten, setzt man der Schwefelammonlösung etwas 2—10%ige Karbollösung zu. Zur Resterilisation vor dem Gebrauche werden die Spulen nochmals in einer der Lösungen gekocht und danach abgespült. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

16) **Abrahams** (New York). Fall von Ruptur des Dammes beim Coitus!

(Med. record. 1900. März 10.)

Bei einer 26jährigen Frau war der erste Coitus unter Sprengung des Hymen mit kleiner Blutung ausgeführt worden. Bei einem der späteren Akte wurde einiger Schmerz und eine nicht unerhebliche Blutung wahrgenommen. Am Morgen darauf bemerkte sie, dass die Fäces nicht allein durch den After hervortraten, sondern auch durch eine höher gelegene Öffnung. Von dem zu Rathe gezogenen A. wurden die Genitalien gut gebildet gefunden, allein außerdem eine vollständige Ruptur des Dammes, wie mit einem Messer geschnitten. 2 Finger konnte man leicht durch die Wunde in den Mastdarm einführen, doch fand sich keine Verbindung nach der Vulva oder Scheide. Der Frau wurde die Nothwendigkeit einer Operation klar gemacht, worauf sie auf Nimmerwiedersehen verschwand. Auch Gaillard Mason hat eine ähnliche Beobachtung gemacht, hier war aber das Hymen stark verdickt, die Ruptur fand bei dem ersten Coitus statt und es bestand eine Kommunikation zwischen Scheide und Mastdarm. Außer diesen hat A. nur 2 ähnliche Fälle in der Litteratur aufgefunden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

17) **Juvara.** Neue Bauchdeckennaht.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 8.)

Bei jungen, straffen, nicht zu fetten Personen mag die Etagennaht der Bauchdecken genügen, bei alten, schlaffen reicht sie nicht aus. H. näht dann oder bei der Operation eines schon bestehenden Bauchbruches folgendermaßen: die Fascien der Recti werden beiderseits auf 2—3 cm sauber frei präparirt, dann sticht man eine lange, wenig gebogene Nadel auf einer Seite 2—2½ cm vom Wundrande entfernt durch den ganzen Rectus und das Peritoneum durch, führt sie von innen, d. h. vom Peritoneum 4—5 mm vom Rande durch den anderen Rectus, sticht aus, führt dann die Nadel wieder unter dem Bauchfelle des ersten Rectus durch und sticht nun 3—4 mm vom ursprünglichen Einstiche nach innen von demselben wieder aus. Sind so alle Nähte gelegt, werden sie geknotet, und man hat dadurch den Rectus der einen Seite, 2 cm unter dem andern verschoben, befestigt. Nun näht man den freien Fascienrand des einen auf die Scheide des anderen, und wenn diese Naht geknotet ist, näht man das Fett so, dass man die Rectusfascie nochmals mitfasst. Zuletzt wird die Haut vereinigt.

Diese Naht hat sich gut bewährt und ist fester, weil sie breite Flächen vereinigt und gewissermaßen die Linea alba beseitigt. Gute Abbildungen machen den Vorgang anschaulicher, wie die Beschreibung. **Witthauer** (Halle a/S.).

18) **Gillette** (Toledo, Ohio). Porro-Kaiserschnitt.

(Med. record 1900. Juli 21.)

Ipara, bei welcher von dem Hausarzte bereits vor 10 Monaten eine kleine Geschwulst an der Vorderwand der Gebärmutter aufgefunden war, hatte die

Schwangerschaft ohne Unbequemlichkeit durchgemacht und hatte die Geburt zur erwarteten Zeit begonnen, bei Ankunft des Arztes bereits vor 48 Stunden. Die Geschwulst von Kindskopfgröße war in den Beckeneingang so fest eingekeilt, dass man nur schwer den Muttermund zu erreichen vermochte und sie nicht aufwärts emporgeschoben werden konnte. Man entschloss sich also, 60 Stunden nach Wehenanfang, zum Porro, bei dessen Ausführung durch die Einkeilung der Geschwulst unmöglich gemacht wurde, den Uterus aus der Bauchhöhle herauszubringen, ehe die Frucht extrahirt war, so wie auch, eine Gummiligatur um die Cervix herumzulegen. Man musste mithin den Uterus in situ eröffnen. Die Ausschälung des Fibroids machte dann wegen der vielen Verwachsungen einige Schwierigkeiten. Der Stumpf wurde extraperitoneal versorgt und im unteren Wundwinkel befestigt. Die ganze Operation wurde in 45 Minuten beendet, der Stumpf wurde am Ende der 2. Woche abgestoßen, die Gummiligatur wurde am 4. Tage entfernt. Einige Tage lang lief das zum Ausspülen der Scheide benutzte Wasser aus dem Stumpfe ab, später aber nicht mehr. Fieber trat nicht ein, aber vorübergehende Cystitis. Kind und Mutter blieben am Leben. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

19) **A. O. Lindfors.** Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar Bd. V.)

40jährige IIpara. Letzte Geburt vor etwa 2 Jahren; Puerperalfieber. Seitdem Geisteskrankheit. Allgemein verengtes Becken. Conj. vera wird auf 7,5—8 cm geschätzt. Kind in Schräglage; Kopf in der linken Fossa iliaca. Am 2. December beginnende Wehen: Kopf dann in erster Schädellage, trotz guter Wehen über dem Beckeneingange stehend, gut beweglich. Pat. unbändig, versucht von der Klinik zu entfliehen. Denselben Abend Blasensprung. Operation um 9,30 Abends. Vorderer Längsschnitt in der Uteruswand nach vorheriger Anlegung einer elastischen Schlinge um die Cervix. Kind schreit nach der Abnabelung kräftig. Ausspülung des Uterus mit heißer Kochsalzlösung. Uterussuturen mit Katgut ohne Mitfassung der Decidua. Danach doppelseitige Resektion der Tuben, um weitere Schwangerschaften zu verhüten. Peritonealsutur mit Katgut. Übrige Suturen mit Silkwormgut. Am 8. December Eiter in einigen Stichkanälen in der Bauchwunde, während der folgenden Tage werden weitere eiternde Stichkanäle geöffnet. Am 21. December Decubitus mit Abscessen. Exitus am 23. December. Bei der Sektion wird notirt: Uterus längs der Wunde theilweise mit der Bauchwunde adhärent. Einige Stichkanäle eiternd. Keine Peritonitis. Es ist bemerkenswerth, dass Verf. die Infektion in der Uteruswunde als sekundär ansieht, ausgehend von dem Decubitus. **E. Essen-Möller** (Lund).

20) **A. O. Lindfors.** Fall von doppelseitiger Tumorbildung in der Vulva etc.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar Bd. V.)

Die Geschwülste waren eine Cysta gland. Bartholini sinistra, die rechte eine hühnereigroße, nicht druckemfindliche Geschwulst, die die ganze untere Hälfte vom Labium majus einnahm. Exstirpation. Pathologisch-anatomische Diagnose: Zellenreiches Fibrom. **E. Essen-Möller** (Lund).

21) **A. Carle.** Contributo allo studio degli adenomiomi dell' utero.

Turin, **Roux & Fossati,** 1900.

Nach Veröffentlichung der v. Recklinghausen'schen Arbeit über die Adenomyome des Uterus hat das Studium dieser verschiedenen Geschwulstformen großes Interesse erlangt und verdient desshalb die Arbeit C.'s erwähnt zu werden, in welcher 2 Fälle mit vielen histologischen und pathologisch-anatomischen Einzelheiten beschrieben sind, um so mehr als es C. gelungen ist, die Herkunft der Drüseneinschlüsse festzustellen.

Obgleich die beiden Tumoren einen verschiedenen Sitz und verschiedene Form hatten, scheinen bei beiden die Drüsenbildungen aus der Uterusschleimhaut hervor-

gegangen zu sein. Der erste war ein den von v. Recklinghausen beschriebenen ähnliches diffuses Adenomyom des Gebärmutterkörpers, und die Herkunft der Schleimhaut bei demselben wird wesentlich durch das Verhalten der Schleimhaut dargethan; denn man sieht Streifen von dieser mit deren Bestandtheilen in den Tumor eindringen und nimmt, je weiter man in die Tiefe des Tumors dringt, die Merkmale der Schleimhaut unverändert aufweisende Inseln wahr. Der andere Tumor, der circumscript war und das Innere des Cervicalkanals einnahm, könnte nur als das Produkt einer gleichzeitigen Proliferation des fibromuskulären Gewebes und des Epithels der Cervicaldrüsen gedeutet werden.

Auf Grund der Untersuchungen, die er unternahm, um festzustellen, in welcher Weise solche von der Schleimhaut abhängige Drüsenbildungen sich in die äußersten, mit der Serosa in Kontakt stehenden Schichten der Uteruswand zu verpflanzen vermögen, nimmt er an, es finde, auch ohne dass man an eine wirkliche embryonale Verbreitung der Epithelien des Müller'schen Ganges zu denken brauche, in den letzten Phasen des intra-uterinen Lebens, wenn die Muskelschicht noch absolut rudimentär ist, eine frühzeitige und unregelmäßige Bildung von Drüsen statt, die während der Entwicklung des Myometrium eingeschlossen und isolirt bleiben und den Ausgangspunkt von Adenomyomen bilden.

Da in den beiden Fällen gleichzeitig andere Veränderungen des Genitalapparates bestanden, und solche in ähnlichen Fällen auch von Anderen angetroffen wurden, lasse sich nach C. fast als Gesetz aufstellen, dass die Adenomyome des Uterus der Ausdruck einer allgemeinen Störung in der Entwicklung aller mit dem Genitalapparate in Verbindung stehender Organe sein.

Galeazzi (Turin).

22) **A. Carle.** Sui fibromiomi dell' utero e loro cura chirurgica.
Turin, **Roux & Frassati,** 1899.

In dieser Arbeit theilt C. die in den Jahren 1889—1898 bei der chirurgischen Behandlung der Fibromyome des Uterus von ihm erhaltenen Resultate und gesammelten Erfahrungen mit. Die Arbeit stützt sich auf eine Gesammtzahl von 279 Operationen, die reichste Statistik, die bisher in Italien veröffentlicht worden ist.

Von 830 Fibromyomen, die er im genannten Zeitraume beobachtete, glaubte er nur 30% operiren zu müssen; er widmet desshalb den ersten Theil seiner Arbeit der Analyse der bei den Indikationen von ihm befolgten Kriterien, die er aus dem Alter der Pat., dem Volumen und den Beziehungen des Tumors, den von ihm hervorgerufenen Störungen, aus seinem Einflusse auf die umliegenden Organe, seinen Komplikationen und Metaplasien abgeleitet hat.

Betreffs des Alters und der allgemein angenommenen postklimakterischen Involution der Uterusfibrome stimmen seine Erfahrungen mit den Beobachtungen Müller's überein, dass nämlich eine gewisse Anzahl Fibrome nach der Menopause weiterwachsen und bedeutende Störungen hervorrufen könne; ja aus seiner Statistik geht hervor, dass die Metrorrhagien mit dem Alter progressiv zunehmen.

Die Ursachen der Metrorrhagien bei Fibromen hat er ganz besonders studirt, indem er zahlreiche histologische Untersuchungen ausführte, um den Zustand der Schleimhaut und des Myometrium bei den Fibromen festzustellen.

Wenn sich in vielen Fällen eine Erklärung für dieselben in den Hyperplasien der Schleimhaut finden lässt, fehlt in anderen jede Beziehung zwischen dem Zustande des Endometrium und deren Schwere. Einige Male beobachtete er das Vorhandensein von weiten Bluträumen in den Schichten des unter der Schleimhaut gelegenen Myometrium, die diesem das Aussehen eines cavernösen Angioms verliehen.

25% von seinen Pat. waren im Zustande hochgradiger Anämie in die Klinik aufgenommen worden, die Hämometrie war bei einigen auf 27—29% herabgesunken, und etwa 14% wiesen Alterationen in den Herzfunktionen auf. Nach seiner eigenen Erfahrung seien bei solchen Pat., wenn die Operation in einem geeigneten Augenblicke und mit allen Vorsichtsmaßregeln ausgeführt wird, die Gefahren von Herzparalyse und Embolie keine so großen, wie Manche behaupten

Zahlreich sind in seiner Statistik die sehr voluminösen Tumoren (10—16 kg), und etwa 100 hatten sich im Becken und in den Ligamenten entwickelt.

Zu den interessantesten Kapiteln der C.'schen Monographie gehören die, welche die Symptomatologie dieser Fibromformen und besonders die durch diese Tumoren oft verursachten Druckerscheinungen, die bei der Operation angetroffenen Komplikationen (Adhärenzen mit den Beckenorganen, akute und chronische Tumoren und entzündliche Läsionen der Adnexa), so wie die Regressivveränderungen der Fibrome behandeln. Das Ödem, die cystische Degeneration, die Eiterung, die Nekrose, die Metaplasien der Fibrome werden durch eingehend studirte klinische Fälle, so wie durch neue pathologisch-anatomische Befunde illustrirt; sehr demonstrative Figuren sind beigegeben.

Im zweiten Theile seiner Arbeit bespricht C. die verschiedenen von ihm angewendeten Methoden und die dabei erhaltenen Resultate.

Per vaginam hat er 35 Pat. operirt, mit einem Todesfalle (2,9%); er beschreibt die bei den Hysterektomien von ihm befolgte Methode und die interessantesten Einzelheiten dieser per vaginam ausgeführten Operationen.

Auf abdominalem Wege führte er 244 Operationen aus, mit 14 Todesfällen (5,7%), und zwar 7 Erhaltungsoperationen, 79 supravaginale Amputationen und 129 totale Hysterektomien.

Nach Besprechung der supravaginalen Amputationsmethoden, die er alle erprobt hat, beschreibt er die Methode, die er bereits im Jahre 1893 veröffentlichte und die er dann fast ohne Ausnahme bei seinen totalen Hysterektomien befolgte.

Nachdem er die Pat. in die stark geneigte Trendelenburg'sche Lage gebracht und eine breite Kompresse in den Douglas'schen Raum geschoben hat, legt er am oberen Abschnitte der Ligamenta lata, möglichst nach hinten an den Adnex, Klemmen an und macht um den Fundus des Uterus herum einen cirkulären Einschnitt in die Serosa und die darunter gelegene Muskelschicht; sodann löst er die Serosa vom Uterus ab, die so allmählich in die Höhe gehoben wird, und versieht die einzelnen Gefäße mit einem Klemmer; hierauf durchschneidet er die Ligamenta utero-sacralia und die utero-vaginalen Muskelfasern und legt auf die Vagina eine winkelige Kompresse, indem er 1 cm oberhalb desselben einen Einschnitt in jene macht, kauterisirt und vernäht die Scheidenränder vor Entfernung der Kompresse.

Gleich darauf versorgt er die einzelnen Utero-ovarial- und Uterusgefäße, entfernt rasch alle Klemmen und kehrt die Ränder der Serosa nach innen, sie mittels Doppelnaht vereinigend, wobei er auch die Stümpfe der Ligamenta lata mitfasst.

Diese Methode lässt sich sehr rasch ausführen: auch in den komplicirtesten Fällen dauert die Operation nicht länger als 30—40 Minuten; sie lässt sich in allen Fällen anwenden, selbst bei Tumoren, die in den Ligamenten sitzen oder von Eiterung der Adnexa begleitet sind, da die Operation stets eine extraperitoneale ist.

Die Resultate könnten keine besseren sein; da er auf 129 Fälle ohne Auswahl, von denen einige sehr schwere waren, nur 6 Todesfälle hatte (4,6%).

Die C.'sche Monographie, die sich auf ein sehr reiches und eingehend studirtes Material stützt, ist in der That interessant und bekundet eine sehr ausgedehnte Erfahrung in der Pathologie und Therapie dieser Tumoren; sie bildet desshalb einen sehr werthvollen Beitrag zu diesem Kapitel der operativen Gynäkologie.

Galeazzi (Turin).

23) **C. D. Center** (Quincy, Illin.). Bericht über einen Fall von Abdominalschwangerschaft.

(Philadelphia med. journ. 1900. April 14.)

Verf. glaubt in dem beschriebenen Falle eine wahre primäre Bauchhöhlenschwangerschaft vor sich zu haben. Die Tuben beider Seiten waren zwar mit dem Eisacke verwachsen, aber sonst ganz normal und nirgends in Kommunikation mit der Höhle. Auch zwischen Gebärmutter und Eisack fand sich keine Kommunikation. Der Sack war allseitig völlig abgeschlossen. Bei ihrem durchaus gesunden Aussehen bestand keinerlei Veranlassung, Eileiter und Eierstöcke zu entfernen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

24) **Nicoll** (New York). Statistik des Frauenhospitals 1898—1899.

(Med. record 1900. Juni 30.)

Im Jahre vom 1. Januar 1898 bis 1. Januar 1899 wurden im Frauenhospitale in New York ausgeführt folgende größere Operationen:

Vaginale Hysterektomien	50.
Alle anderen vagino-abdominalen Operationen	54.
Hysterektomien von den Bauchdecken aus	74.
Alle anderen Operationen von den Bauchdecken aus	359.
Summe	537
Todesfälle	36
in Procenten	6,70%.

Leider ist nur die Sterblichkeit der einzelnen Abtheilungen, nicht aber der einzelnen Operationen ersichtlich gemacht. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

25) **J. H. McKee** (Philadelphia). Großes Dermoid des Ovariums bei einem 7jährigen Kinde.

(University med. magaz. 1900. April.)

In der Poliklinik zu Philadelphia wurde eine sehr rasch gewachsene Geschwulst bei einem 7jährigen Kinde beobachtet, welche vom Rippenrande bis zur Symphyse reichte und eine nierenförmige Gestalt hatte. Sie wurde als Nierensarkom angesehen, obgleich keine Nierenblutungen stattgefunden hatten. Bei der Operation fand sich aber, dass es sich um ein Dermoid in dem rechten Eierstocke handelte, welches einen bräunlichen, dicken, theilweise sebumartigen Inhalt besaß und viele Haare enthielt. Man muss auch bei kleinen Kindern an die Möglichkeit denken, dass ein Dermoid vorliegen kann.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

26) **Beyea** (Philadelphia). Dermoidcysten, die sich im Beckenbindegewebe entwickeln, mit Fall.

(University med. magaz. 1900. April.)

Nachdem Sänger zuerst nachgewiesen hat, dass nicht alle Dermoide von Eierstocksgewebe ausgehen, sondern sich, wenigstens einige, im Beckenbindegewebe entwickeln, sind noch mehrfach anderweit Fälle veröffentlicht worden, welche diese Theorie stützen. Der von B. hier mitgetheilte, in der Universitätsklinik beobachtete Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass 12 Jahre vor der Entwicklung der seit Kurzem aufgetretenen Geschwulst die Eierstöcke und Eileiter an beiden Seiten entfernt worden waren. Den Einwand, dass vielleicht etwas Eierstocksgewebe bei der Operation zurückgelassen sein könnte, will B. nicht gelten lassen, da sich keine Spur von Eierstocksgewebe habe nachweisen lassen, auch die Örtlichkeit, tief im Becken, nicht dafür spreche. Die übrigen Geschlechtsorgane zeigten die gewöhnliche Atrophie, welche sich nach der Kastration einzustellen pflegt. In der Litteratur hat B. einschließlich der schon von Sänger zusammengestellten Fälle im Ganzen deren 22 aufgefunden, welche, allerdings ohne genauere Angabe des Publikationsortes, kurz beschrieben werden. Nach dem Entwicklungsorte theilt B. mit de Quervain diese Geschwülste in solche ein, welche 1) tief im kleinen Becken zwischen Levator ani und Perineum wachsen, 2) weiter oben im kleinen Becken entstehen, theilweise noch der Bauchhöhle angehören, 3) solche, die zwar im kleinen Becken entspringen, aber sich nicht dem Damme nähern. In Gruppe 1 und 3 ist zweifellos die Ausschälung vom Damme her vorzuziehen, während für Gruppe 2 der Operateur die Wahl der Operationsmethode hat, um so mehr, falls eine ursprünglich tief sitzende Geschwulst weit nach oben hin vordringt. In B.'s Falle lag für die Wahl der Operation von den Bauchdecken aus noch ein besonderer Grund vor, nämlich das Vorhandensein eines Bauchbruches in der alten Narbe, welcher gleichzeitig mit berücksichtigt wurde. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

27) **Meisel** (Freiburg). Über Analfisteln mit epithelialer Auskleidung.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 2.)

Bericht über 2 Fälle von kompleten Analfisteln, welche bis auf ein ganz kurzes Stück vollständig mit Epithel ausgekleidet waren. In beiden Fällen lagen im Grunde des Epithelschlauches Fruchtkerne, von deren Lager ein kleiner Fistelkanal nach außen führte. Verf. erklärt diese auf Grund der mikroskopischen Untersuchung für präexistirende Blindsäcke (Divertikel), die durch den Fremdkörper perforirt worden sind.

Calmann (Hamburg).

28) **Sorel.** Behandlung des Uteruscarcinoms durch vaginale und abdominale Hysterektomie.
(Arch. prov. de chir. 1900. No. 7.)

Die Sterblichkeit der vaginalen Totalexstirpation beträgt 9% im Gegensatze zu 20—27% bei der abdominalen, trotzdem ist sie der ersteren im Erfolge überlegen. Die anatomischen Studien beweisen, dass der Krebs selten auf den Uterus beschränkt bleibt und schon häufig recht früh die Umgebung befallen hat, ehe man dies klinisch nachweisen kann. Eine Operation, die radikal sein will, müsste desshalb Gebärmutter, einen Theil der Vagina, Ovarien, Tuben, Ligam. lata und die Drüsen entfernen, was natürlich nur durch Bauchschnitt erreicht werden könnte, aber wohl nicht oft ausführbar ist.

Es wäre zu wünschen, dass die Dauerresultate zusammengestellt würden besonders von den Fällen, die auf den Uterus beschränkt zu sein scheinen, bei denen aber die Drüsen entfernt und mikroskopisch untersucht werden müssten.

Witthauer (Halle a/S.).

29) **J. Gunning** (Leiden). Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Äthernarkose.
(Beiträge zur klin. Chirugie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Seit 1894 wurden 2068 Äther-Morphiumnarkosen an der Krönlein'schen Klinik ausgeführt. Die Julliard'sche Maske wird langsam dem Gesichte genähert und nur 10—20 ccm aufgegossen, Eintritt der Narkose nach durchschnittlich 4 Minuten. Das Morphium setzt den Ätherverbrauch entschieden herab. Erbrechen ist seltener als beim Chloroform. Die nicht seltenen Respirationsstörungen sind nur vorübergehend und erforderten nur einmal künstliche Athmung. Verschlechterung des Pulses ist selten.

6 Todesfälle, davon nur einer unmittelbar durch Ätherwirkung, die übrigen fallen indirekt dem Äther zur Last: Aspirations- und hypostatische Pneumonien. Der Hauptvorzug des Äthers ist der günstige Einfluss auf die Herzthätigkeit.

Calmann (Hamburg).

30) **Cavey** (West-Alexandria, Ohio). Ein Diprosopus.
(Med. record 1900. Juli 14.)

Vpara, Mutter von 4 einzeln geborenen Kindern, ohne Kunsthilfe im 7. Monate von einer todten Frucht entbunden, die 7 Pfund wog und 2 Köpfe besaß. Diese waren gleich gestaltet, ihre Knochen gut ausgebildet, eben so der übrige Körper. Die Geschlechtstheile zeigten einen kleinen, gut gebildeten Penis, der von dem oberen Theil der Vulva entsprang.

Bei der sich in die Länge ziehenden Entbindung stand der rechte Kopf am Ileum, während der linke aus der Vulva hervortrat.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

31) **Fowler** (New York). Diffuse septische Bauchfellentzündung und deren Behandlung mittels Erhöhung des Oberkörpers nebst Bericht über 9 Genesungen hinter einander.
(Med. record 1900. April 14.)

Die einzelnen Abschnitte des Bauchfelles besitzen nicht die gleiche Aufsaugungsfähigkeit. Den höchsten Grad derselben zeigt die Gegend des Zwerchfelles, woselbst sich große Lymphstämme finden und offene Stomata für den Eintritt toxi-

scher Stoffe und pathogener Mikroorganismen zur Verfügung stehen. Auch das Mediastinum bietet dieselben für Weiterverbreitung einer Infektion günstigen anatomischen Verhältnisse, wenn auch nicht in so hohem Grade. Die ungünstigsten Bedingungen dagegen zeigt das Becken, in welchem erfahrungsgemäß daher am leichtesten infektiöse Vorgänge lokalisirt bleiben. Ist es also indicirt, ein flüssiges, nicht infektiöses Exsudat zur raschen Aufsaugung zu bringen, so wird man das Becken hoch, den Oberkörper aber tief lagern müssen, um das Becken zu entleeren und die Flüssigkeit gegen das Zwerchfell zu drängen. Gilt es aber umgekehrt, eine stark infektiöse Flüssigkeit thunlichst unschädlich zu machen und ihren Eintritt in den allgemeinen Kreislauf zu erschweren, somit also Allgemeininfektion zu verhüten, so wird man Oberkörper und Kopf hoch, das Becken aber niedrig lagern müssen. Namentlich die von Appendicitis ausgehende allgemeine Peritonitis kann auf diese Weise behandelt werden. Doch handelt es sich nur um die Nachbehandlung, wogegen die operative Behandlung natürlich vorauszugehen hat. Auch finden wir in den Krankengeschichten stets die Operation beschrieben und mitgetheilt, dass in das Becken von der Bauchwunde her Glasdrains mit Gaze gefüllt eingelegt wurden.

Im Gegensatze zu den thatsächlich sehr schönen Erfolgen in den hier mitgetheilten 9 nach der neuen Methode behandelten Fällen stehen 9 weitere Fälle, welche Verf. zu sehen Gelegenheit hatte, ohne seine Methode in Anwendung ziehen zu können. Hier war der Verlauf sehr schwer, mehrmals trat Tod ein und zwar trotz der gleichfalls nicht unterlassenen Operation. Erwähnt sei noch, dass die Hochlagerung des Oberkörpers durch Hochstellung des Bettes am Kopfende erreicht wird. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

32) **Zmitrowizc.** »Ein Fall von Abort per rectum bei Scheidenatresie.«

(Gazeta Lekarska 1900. No. 37.)

Eine 28jährige, jetzt zum zweiten Male und zwar 5 Monate Schwangere kreißend in das Hospital gebracht. Vor 3 Jahren schwere, aber spontane Geburt eines lebenden Kindes. Bis zum Beginne der jetzigen Schwangerschaft angeblich Menstruation normal entleert. Die Frau ist sich keiner Krankheit, Geschwüre, Wunden an den Schamtheilen bewusst. Das Scheidenlumen ist zugewachsen, der Finger trifft in der Tiefe von 2 cm auf einen narbigen Verschluss. Man beschloss eine Durchschneidung der Verwachsung; bevor man sie jedoch ausführte, begann es aus dem Anus zu bluten. Die Analöffnung erweiterte sich, und es trat durch dieselbe die Fruchtblase hervor, die unteren Extremitäten der Frucht darin getastet. Man setzte das fort, was die Natur begonnen, und extrahirte auf diesem ungewöhnlichen Wege eine 26 cm lange, 420 g wiegende Frucht mit 45 cm langer Nabelschnur. Schädeldurchmesser 3,75 cm, 6,25 cm und 7,5 cm.

Es soll vermuthlich eine Scheidenverwachsung unterhalb einer Recto-Vaginalfistel nach der ersten Entbindung eingetreten sein, der später befruchtende Coitus soll per anum stattgefunden haben. Dafür soll die Leichtigkeit des Austretens der Frucht per anum sprechen ohne das geringste Einreißen der Analumrandung. Einen Monat nach diesem Abort verließ die Frau mit einer für den Zeigefinger durchgängigen Recto-Vaginalfistel und fortbestehendem narbigen Scheidenverschluss das Hospital. **F. Neugebauer** (Warschau).

33) **Czarnecki.** »Geburtserschwerung durch einen Fremdkörper.«

(Nowiny lekarskie 1900.)

(Ref. fügt den von ihm zusammengestellten Beobachtungen von Fremdkörpern in utero eine Beobachtung C.'s an).

C. wurde am 9. September 1900 zu der kreißenden Frau eines Maurers gerufen, »um ein Blechgefäß aus den Geburtstheilen zu entfernen«. Die 27jährige, 2 Jahre verheirathete Frau hatte in der ersten Schwangerschaft vor $1^1/_2$ Jahren abortirt. Jetzt Muttermund zweimarkstückweit, Schädellage, gute Wehen. Zwischen Schädel und Muttermund tastet der Finger einen etwas verschieblichen, rundlichen, glattwandigen Fremdkörper, den C. für eine Blechbüchse ansah. C. drehte zunächst

die Büchse mit dem Deckel nach unten zu, vermochte jedoch nicht die Löffel einer Zange zwischen Fremdkörper und Mutterhalswänden einzuführen; erst nachdem es gelungen war, den Deckel abzulösen und isolirt herauszuziehen, gelang die Entfernung des Restes. Es war eine runde, 4 cm hohe Blechbüchse von 10 cm Umfang. Trotz Entfernung des Fremdkörpers ging die Geburt nicht vorwärts, und C. wurde nach 9 Stunden wieder geholt. 2 harte Narben im Collum rechterseits widersetzten sich der Erweiterung des Muttermundes. Nach Scherendiscision der Narben trat der Schädel nach 4 Stunden in die Scheide herab, musste aber wegen Wehennachlass mit der Zange entwickelt werden. Lebender Knabe, glattes Wochenbett. Die Anamnese ergab folgendes Curiosum: Pat. hatte als 12jähriges Schulmädchen zum ersten Male ihre Regel. Sie erschrak über die Blutung, wagte nicht der Mutter etwas davon zu sagen und steckte, um einer neuen Blutung vorzubeugen, ihre blecherne Stahlfederbüchse in die Scheide hinein und konnte dieselbe in der Folge nicht mehr herauskriegen. Da sie es nicht wagte, einen Arzt um Hilfe zu bitten, bewahrte sie ihr Geheimnis und die Büchse in der Scheide. Die Regel wiederholte sich alle 4 Wochen beschwerdefrei, eben so wenig störte die Büchse, welche Pat. stets in der Scheide fühlte, den ehelichen Beischlaf und eine Konception. Erst nach Genesung von einem 4monatlichen Abort bemerkte Pat. das Verschwinden der Büchse, welches ihr räthselhaft blieb; nur so viel wusste Pat. bestimmt, dass der Fremdkörper nicht nach außen herausgefallen sei. Auch in der folgenden Schwangerschaft keinerlei Beschwerden, Beischlaf stets schmerzlos vollzogen, der Gatte hatte niemals ein Hindernis angetroffen. Die Büchse kann nach C.'s Ansicht nur nach dem Abort in den Uterus eingedrungen sein. Der Fremdkörper lag 12 Jahre in der Scheide und 1½ Jahre im Gebärmutterhalse, ohne irgend welche lästigen Symptome zu veranlassen. Die Beobachtung wird von C. beschrieben als Beispiel außerordentlicher Toleranz gegen Fremdkörper. **F. Neugebauer** (Warschau).

34) **Zahorski.** Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus.

(Gazeta lekarska 1900.)

Z. wurde von Dr. Waszkiewicz zur Untersuchung eines 25jährigen Dienstmädchens gerufen: Beginnende Peritonitis, fluktuirender Bauchtumor. Allgemeines Aussehen, Stimme und Behaarung weiblich, aber Clitoris 3½ cm lang. Wegen Schmerzhaftigkeit gelang es nicht, einen Uterus zu tasten, weder per vaginam noch per rectum. Bauchparacenthese mit Entleerung von 1 Liter blutiger Flüssigkeit. Rechterseits eine inguinolabiale Hernie. Nach Paracenthese momentane Erleichterung, aber nach 3 Wochen Leib so groß wie zuvor. Da Malignität des Tumors vorausgesetzt, kein Bauchschnitt. Tod nach 4 Wochen. Sektion: blutige Flüssigkeit in der Bauchhöhle, Tumor bis an die Leber reichend, mit Bauchwand, Netz und Därmen verwachsen: Kolossales Sarkom, die gesammte Bauchhöhle ausfüllend, vom rechten Eierstocke ausgehend. Linker Eierstock abgeplattet, Uterus rudimentär, 2 cm lang. Niemals Menstruation oder Tormina menstrualia laut Anamnese. Verf. erwähnt leider nichts von einer mikroskopischen Untersuchung des für den linken Eierstock angesehenen Gebildes. (Es ist somit zum mindesten ein Zweifel gestattet, ob es sich nicht, was viel wahrscheinlicher ist, um einen männlichen Scheinzwitter mit Kryptorchismus und Sarkom des einen ektopischen Hodens handelte. Ref. berichtet diesen Fall, indem derselbe sich den von ihm in No. 18 dieses Journales [1900] zusammengestellten 19 Beobachtungen von Koincidenz von gut- oder bösartigen Neubildungen vorherrschend der Geschlechtsorgane mit Scheinzwitterthum als 20. Fall anreiht).

F. Neugebauer (Warschau).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. Sonnabend, den 12. Januar. 1901.

Inhalt.

I.

Zur Diskussion über die Paraffineinspritzung bei Incontinentia urinae nach Gersuny.

Von

Johannes Pfannenstiel.

Die vorzügliche Idee Gersuny's[1], bei Incontinentia urinae Paraffin einzuspritzen, veranlasste mich, bei einem, wie mir schien, geeigneten Falle das Verfahren anzuwenden. Da ich leider eine ungünstige Erfahrung damit gemacht habe, halte ich es für meine Pflicht, kurz darüber zu berichten.

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1900. Hft. 48.

Frau B. F., 39 Jahre alt, von kräftiger Konstitution und frei von Erkrankungen lebenswichtiger Organe, litt in Folge von Exstirpation der Urethra an Inkontinenz. Zur Vorgeschichte ist zu bemerken, dass bei der Pat. am 12. Januar 1900 wegen Carcinoma uteri die vaginale Totalexstirpation der Gebärmutter von mir ausgeführt worden war. Am 25. Oktober stellte sich die Kranke, welche sich übrigens eines guten Allgemeinbefindens erfreute, von Neuem vor wegen eines reichlich haselnussgroßen Knotens in der vorderen Scheidenwand. Derselbe erwies sich als eine Carcinommetastase, welche fast die gesammte Harnröhre umfasste. Ich nahm desshalb am 27. Oktober eine erneute Operation vor, bestehend in Exstirpation der ganzen Urethra mit dem umgebenden Gewebe bis an den Arcus pubis beiderseits, so wie bis in die Blase hinein. In Folge der Vernähung des Defektes mit Vulva- und Scheidenschleimhaut klaffte die Öffnung der Blase unmittelbar nach der Operation der Art, dass dieselbe fast für 1 Finger durchgängig war. Dennoch war Pat. nach Ablauf von etwa 3 Wochen ungestörter Reconvalescenz im Stande, den Urin bei Bettruhe ca. 1—$1^1/_2$ Stunde zu halten. Sobald sie indess aufstand, träufelte der Urin permanent ab. Um diesen Übelstand zu beheben, wird beschlossen — auf Grund einer aus Wien stammenden Mittheilung — durch Injektion von Unguent. Paraffin. nach Gersuny rings um den Blasenhals die Blasenöffnung zu verengen. Dieser Entschluss kommt am 23. November Vormittags 10 Uhr zur Ausführung.

Um dem Leser die Sachlage klarzustellen, sei bezüglich des örtlichen Befundes Folgendes bemerkt. Beim Spreizen der Labien sah man an Stelle des Harnröhrenwulstes eine Vertiefung des Vestibulums von ca. 2 cm, in deren Mitte sich eine für den kleinen Finger durchlässige Öffnung der Blase befand. Zwei dicke Schleimhautwülste ragten von vorn her aus derselben hervor. Ringsum war der Defekt von normaler Haut der Scheide, bezw. des Vestibulums bedeckt.

Diese Öffnung zu verkleinern und deren Rand dicker zu machen, war die Aufgabe. Zur Verwendung kommt ein Paraffin, welches durch geeignete Mischung von flüssigem und festem Paraffin vom Apotheker auf einen Schmelzpunkt von 45° eingestellt war, und zwar werden etwa 30 ccm hiervon verwendet. Mit einer mittelstarken Kanüle, die zu einer 10 ccm passenden Spitze gehört, werden die Einspritzungen an dem Rande der Blasenöffnung vorgenommen theils in die Submucosa der Vagina hinein, theils in die hervorquellende Blasenschleimhaut, erst hinten, dann seitlich und vorn. Die dabei entstehenden Quaddeln sind etwa erbsengroß, konfluiren aber unter einander, so dass nach Beendigung der Injektion der Blasenhals wallartig vorgewölbt und der Eingang in die Blase derartig verengt ist, dass man nur mit einer dünnen Sonde in das Lumen vordringen kann.

Pat. wird auf die Station zurückgeführt. Auf dem Wege dorthin wird ihr übel, sie bekommt heftigen Hustenreiz. Rasch wird sie ins Bett gebracht. Nach kurzer Zeit bekommt sie einen Schüttelfrost. Pat. erbricht, klagt über starke Kopfschmerzen, Athmung beschleunigt, ca. 36 Athemzüge in der Minute.

Ordin.: Prießnitz auf die Brust, Morphin subkutan 0,01. Abendtemperatur 38,6, P. 100. Untersuchung der Lunge ergiebt keinen pathologischen Befund.

24. November. Die Nacht hat Pat. ziemlich unruhig verbracht; die Beschwerden von Seiten des Kopfes haben nachgelassen, dagegen haben sich die von Seiten der Lunge vermehrt; die Dyspnoe hat zugenommen, Hustenreiz, kein Auswurf. 40 Athemzüge pro Minute. Leichte Cyanose im Gesichte. Pat. fühlt sich sehr elend. Temperatur 39°, Puls kräftig; Frequenz 104. Dieselbe Ordination wie gestern. Objektiv keine Lungenerkrankung nachzuweisen.

25. November. Pat hat die Nacht etwas ruhiger verbracht; sie klagt heute über starkes Stechen in der linken Seite. Dyspnoe wie gestern. Cyanose hat nicht zugenommen. Bei der Untersuchung ergiebt sich ein deutlicher Dämpfungsbezirk von ca. Handtellergröße im Unterlappen der linken Lunge dicht neben der Wirbelsäule. Athemgeräusch hier deutlich bronchial. Seit heute Morgen viel zäher hämorrhagischer Auswurf.

Temperatur 37,7°, Puls kräftiger, Frequens 90. Innerlich: Liquor. ammon. anis., 3stündlich 10 Tropfen in Milch, sowie 2mal 20 Tropfen Morphin (von einer 1%igen Lösung), Prießnitz auf die Brust.

26. Novemher. Pat. fühlt sich heute weit wohler, Hustenreiz noch immer vorhanden, Auswurf hämorrhagisch, indess weit spärlicher. Objektiv noch immer leichte Dämpfung links hinten; jetzt zahlreiche, feuchte Rasselgeräusche vorhanden. Die übrige Lunge frei. Temperatur 37,7°, Puls 94.

27. November. Besserung macht Fortschritte; Athmung bereits wieder völlig ruhig. Cyanose geschwunden. Nur ganz selten kommt ein Hustenstoß, der etwas schaumiges Sekret nach außen befördert. Lungenbefund im Wesentlichen wie gestern. Temperatur noch immer leicht erhöht, 37,8°, Puls 94.

28. November. Pat. hat gut geschlafen, fühlt sich heute ganz wohl. Husten fast völlig geschwunden. Es stellt sich bereits etwas Appetit ein. Die Dämpfung ist geschwunden, nur ab und zu einmal ein feuchtes Rasselgeräusch hörbar.

Seitdem glatte Genesung.

Befund am 5. December: Allgemeinbefinden gut, kein Husten mehr, die Auskultation und Perkussion ergiebt normale Verhältnisse. Örtlich ist der Befund im Wesentlichen der gleiche, wie unmittelbar nach der Injektion, d. h. die Blasenöffnung ist in Form eines etwas unregelmäßigen Ringwalles vorgewölbt und derartig verengt, dass nur eine Uterussonde von mittlerer Dicke einzudringen vermag. Doch fühlt sich die »Paraffingeschwulst« weicher an.

Pat. ist im Liegen im Stande, den Harn 1/2 Stunde zu halten, im Stehen dagegen träufelt derselbe fast beständig ab. Doch giebt die Kranke an, dass sich in letzter Zeit der Zustand etwas gebessert habe, in den ersten Tagen nach der Injektion war die Kontinenz ganz geschwunden gewesen, in Folge des fortwährenden Hustenreizes wurde sogar der Harn stoßweise herausgeschleudert. Mit Nachlass der Lungenerscheinungen fiel dieses Symptom ganz weg.

Der Urin enthielt nur unmittelbar nach der Injektion Beimengungen von Paraffin, die wohl aus den Injektionsstellen herausgesickert waren. Die an den übrigen Tagen vorgenommenen Untersuchungen ergaben keine Veränderungen oder Beimengungen des Harnes.

Am 12. December wird Pat. mit einem Urinal entlassen, um sich später Behufs weiterer Behandlung wieder vorzustellen.

Es erscheint außer Zweifel, dass wir es im geschilderten Falle mit einer Paraffinembolie in die Lunge und möglicherweise auch in das Gehirn zu thun haben. Eine zufällige anderweitige Komplikation anzunehmen, dürfte nicht statthaft sein, zumal das geschilderte Krankheitsbild, so weit es die Lunge betrifft, genau übereinstimmt mit jenem Bilde, welches die Syphilidologen wiederholendlich beschrieben haben als Lungenembolie nach Quecksilberparaffininjektionen. Unmittelbar im Anschlusse an die Einspritzung trat das Leiden auf mit Dyspnoe und heftigem Seitenstechen, und schon am selbigen Tage war Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung zu konstatiren. Am 2. Tage verschlimmerten sich die Symptome unter leichter Gesichtscyanose. Am 3. Tage gesellten sich hämorrhagisches Sputum und deutlicher Dämpfungsbezirk von Handtellergröße über dem Unterlappen der linken Lunge mit Bronchialathmen hinzu. Am 4. Tage ließen die Erscheinungen nach, und am 6. Tage war die Lungendämpfung verschwunden und nur noch feuchtes Rasseln hörbar. Danach völlige Genesung ohne Residuen. Im Anfangsstadium des embolischen Processes bestanden außer den genannten Symptomen Übelkeit, Erbrechen und starke Kopfschmerzen, welche Erscheinungen

nach 24 Stunden verschwanden. Ich halte es für wahrscheinlich, dass hier ein Hirnreiz zu Grunde lag, in Folge einer auch in das Cerebrum stattgehabten Embolie.

Was nun den erstrebten Heilerfolg anbelangt, so ist leider auch darüber nichts Gutes zu berichten. Am 5. December ist der Befund fast genau der gleiche, wie unmittelbar nach der Injektion: Die Blasenöffnung ist derartig verengt, dass man nur mit einer mittleren Uterussonde eindringen kann.

Das Paraffin hat sich demnach bisher erhalten, wenn auch etwas weicher geworden. Dennoch hat Pat. keinen Nutzen davon, denn es besteht nach wie vor die Unfähigkeit, den Harn in gewünschter Weise zurückzuhalten, ja, Pat. behauptet sogar, noch weniger kontinent zu sein als früher. Im Stehen träufelt fast beständig etwas Urin ab, und im Liegen kann Pat. nur $^1/_2$ Stunde lang das Wasser halten, während sie früher oft 1—$1^1/_2$ Stunde trocken lag, wobei hervorzuheben ist, dass die sehr geduldige Pat. keineswegs zu Übertreibungen geneigt ist.

Nun liegt es mir selbstredend fern, auf Grund eines Misserfolges ein absprechendes Urtheil über die Leistungsfähigkeit der Methode fällen zu wollen, zumal Gersuny ja gezeigt hat, dass man mit derselben thatsächlich etwas leisten kann. Jedoch müssen wir zunächst feststellen, dass das Verfahren bezüglich des funktionellen Erfolges nicht zuverlässig ist, denn mein Fall hatte doch immerhin eine gewisse Ähnlichkeit mit demjenigen Gersuny's und war somit als Versuchsobjekt durchaus geeignet. Freilich war in meinem Falle die Öffnung weiter und vor allen Dingen mehr klaffend, während bei Gersuny eine Art Ventilverschluss vorlag und somit die Bedingungen für den Erfolg günstiger waren. Andererseits gelang es, allerdings durch eine etwas reichlichere Einspritzung von Paraffin das Lumen der Öffnung ganz eng zu gestalten. Und dennoch kein Erfolg!

Und was Gersuny's Fall anbelangt, so ist doch zunächst nur die Erfahrung von 3 Monaten bekannt geworden. Wer weiß, ob das Resultat ein dauerndes bleibt, da wir doch annehmen müssen, dass das Paraffin allmählich resorbirt und auf diese Weise wenigstens anatomisch an dem Blasenostium der Status quo ante eintreten wird.

Dennoch würde ich mich in Anbetracht der schwierigen Behandlung der Harninkontinenz nicht abschrecken lassen, weitere Versuche mit den Paraffininjektionen zu machen, wenn ich nicht die Embolie erlebt hätte.

Zwar ist die embolische Lungenentzündung verhältnismäßig rasch und ohne dauernde Schädigung vorübergegangen, jedoch sah der Zustand Anfangs so bedrohlich aus und waren die Symptome derartig stürmisch, dass wir Alle, die die Kranke beobachtet haben, der Meinung waren, dass man nicht das Recht hat, eine Kranke in Anbetracht der Unsicherheit des Erfolges einer derartigen Situation auszusetzen, und zudem wissen wir nicht, ob nicht — namentlich bei geschwächten Pat. — der Ausgang auch einmal ein letaler sein kann.

Nun wird man hier einwenden, dass bei mir ein unglücklicher Zufall gespielt hat. Eben so wie die Syphilidologen bei zahllosen Injektionen mit Quecksilbersalzparaffin in noch nicht einmal 1‰ der Fälle eine Embolie erlebt haben (Harttung[2], Epstein[3]), während allerdings Andere dieselbe Komplikation ungleich häufiger (Möller[4] sogar in 8,9%) sahen, so dürfte auch bei dem Gersuny'schen Verfahren die besprochene Komplikation zu den Seltenheiten gehören. Doch möchte ich zu bedenken geben, dass bei einer Einspritzung in die Gegend des gefäßreichen Blasenhalses viel eher eine Vene getroffen werden kann, als bei einer intramuskulären Injektion in die Glutäen. Und der Versuch, durch die Art der Einführung der Kanüle in das Gewebe das gefährliche Ereignis zu vermeiden, dürfte in der Blasengegend auf Schwierigkeiten stoßen. Die Syphilidologen (Lesser[5]) haben vorgeschlagen, die Spritze abzunehmen und abzuwarten, ob aus der Kanüle Blut fließt, und die Injektion erst dann vorzunehmen, wenn kein Blut kommt. Doch hat bereits Harttung[6] auf Grund von experimentellen Versuchen an Kaninchen darauf hingewiesen, dass trotz Beachtung der Lesser'schen Vorschrift Paraffin in die Vene gelangen kann. Wie viel mehr bei der Gersuny'schen Methode, welche mehrere dicht neben einander liegende Einstiche erforderlich macht!

Ich halte es demnach für angebracht, vor dem besprochenen Verfahren zu warnen, wobei ich allerdings hinzufügen muss, dass es mir schwer wird, dies auszusprechen, denn zweifellos ist der Gedanke, den Gersuny mit so glücklichem Erfolge in einem Falle von Harninkontinenz in die That umgesetzt hat, als ein außerordentlich geistvoller zu bezeichnen.

II.

Über subkutane Durchschneidung des Sphinkter bei Wiederherstellung des Dammes.

Von

Heinrich Fritsch.

Die Dammplastik hat in den letzten Jahrzehnten ganz erheblich an Sicherheit gewonnen. Zwei Principien, vor Allem von Küstner, mir und vielen Anderen vertreten, haben wohl wesentlich dazu beigetragen:

---

[2] Harttung, Deutsche med. Wochenschrift 1894. No. 29. — Archiv für Dermatologie und Syphilis 1897. Bd. XL. Hft. 1.

[3] F. Epstein, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1897. Bd. XL. Hft. 2 u. 3. und Allgemeine med. Centralzeitung 1897. No. 49 u. 50.

[4] Möller, Archiv f. Dermatol. u. Syphylis Bd. XXXVI u. XXXVII. p. 395.

[5] Lesser, Vierteljahrsschrift für Dermatologie 1888. p. 909. — Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft 1889. p. 315. — Deutsche med. Wochenschrift 1894. p. 764.

[6] Harttung, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1897. Bd. XL. Hft. 1.

1) das Princip, nichts wegzuschneiden, kein Gewebe zu opfern, nicht im alten Sinne anzufrischen, sondern nur zu spalten, die alten Verhältnisse wiederherzustellen und den Damm so zusammenzunähen, dass das an einander kommt, was an einander gehört; und 2) principiell einen Hauptwerth der Vereinigung des Sphinkters beizulegen. Fälle, wo scheinbar ein voller Erfolg erzielt, ein breiter Damm geschaffen ist und trotzdem der Sphinkter funktionslos blieb, kommen ja oft vor. Die Pat. ist dann nicht geheilt, obwohl ein breiter Damm entstanden ist.

Besonders schwierig gestalten sich die Verhältnisse dann, wenn schon eine oder mehrere Operationen von Anderen erfolglos ausgeführt sind, Fälle, wie ich sie meist zur Operation bekomme. Dann sind weißliche, narbige Partien vorhanden, Mastdarm und Scheide sind centimeterweit fest verwachsen. Auf den ersten Blick ist es nicht so gut zu übersehen, wie bei den frischen Fällen, was an einander gehört. Der Sphinkter ist dabei oft nur ein geschrumpfter Halbmond, beiderseitig in der Narbe endend, nicht fungirend, die Haut über ihm ist strahlig, eng gefaltet.

In diesen Fällen gelingt es selbstverständlich auch bei ausgiebiger Spaltung, die Scheide vom Mastdarme ganz abzutrennen und den Mastdarm isolirt zu schließen. Es gelingt auch, die zweite Schicht, die Sphinkterenden und den Levator ani durch versenkte Nähte an einander zu bringen und die dritte Schicht — die äußere Haut — darüber zu vereinigen.

Nun aber entsteht die Schwierigkeit! Der an einander genähte Sphinkter ist oft so geschrumpft, dass die Einführung des Fingers, ja selbst eines Mastdarmrohres kaum gelingt. Die Spannung, der Schluss ist so stark, dass kaum eine Blähung durchpassiren kann. Selbstverständlich sammelt sich Koth resp. Mastdarmschleim und vor Allem Gas oberhalb des Sphinkters an. Die Ampulla recti, die ja in Folge des Mastdarmrisses vielleicht seit Jahren sehr geschrumpft war, ist so eng, dass sie — ehe die Ausdehnung neuerdings sich ausbildet — keinen Platz für Gase und Flüssigkeit besitzt. Dann entsteht ein lästiger Druck im Rectum, die Wunde wird mechanisch aus einander gedrängt, und ohne dass Fieber eintritt, ohne dass die äußere Haut aus einander reißt, trennt sich in der Tiefe die Naht des Mastdarmes und des Sphinkters. Diese Trennung findet vielleicht nur an einer minimalen Stelle statt, die aber doch groß genug ist, um infektiöses Material in die Tiefe einpressen zu lassen. Tritt der erste Stuhlgang ein, so weicht die Wunde in der Tiefe noch mehr aus einander. Der Effekt der Heilung kann äußerlich ein vollkommener sein, und trotzdem ist ein guter Schluss, weil der Sphinkter sich trennte, nicht erzielt.

Ich habe sogar einen Fall erlebt, wo die Naht des Sphinkters hielt, der Koth sich oberhalb in den Damm einbohrte und nun unter enormen Schmerzen im Damme sich ein neuer Anus, der den Koth in dünner Säule durchpassiren ließ, bildete. Um diese Dehnung der

Ampulla recti resp. die Zerrung der Mastdarmnaht zu vermeiden, habe ich sofort bei dem Gefühle des Tenesmus den Mastdarm katheterisiren lassen. Bei sehr guter Nachbehandlung, bei geschicktem Einführen des Katheters alle 2—3 Stunden ist gewiss Heilung möglich.

Jedes Mal geht eine Blähung ab, oft auch etwas Flüssigkeit. Bleibt gleichzeitig äußerlich — am besten mit Hilfe von Dermatol- und Jodoformgaze — der Damm ganz trocken, wird sorgfältig der Urin mit dem Katheter entfernt und jeder Topfen Urin von der Wunde abgehalten, so ist auch damit der Erfolg zu erzielen. Aber es ist etwas viel verlangt von Wärterinnen, die viel zu thun haben, sich einer Kranken so ausgiebig zu widmen. Es gehört auch viel Sachkenntnis und Gewissenhaftigkeit dazu, in dieser Weise nachzubehandeln, die Wunde stets zugänglich für das Dermatol zu machen und doch nicht die Wundränder zu zerren.

Ich habe desshalb öfter, wie ich es auch in meinem Buche rieth, ein Gummirohr mit Jodoformgaze umwickelt eingelegt. Es stellte das einerseits einen antiseptischen Verband der Mastdarmwunde im Mastdarme selbst vor, andererseits ließ, wie man es ja beobachten kann, dieses Rohr die den Mastdarm in gefährlicher Weise dehnenden Blähungen abgehen.

Ist aber der Sphinkter sehr zusammengezogen, so zerrt und dehnt man schon mit diesem Rohre die Naht und stört die Primärheilung.

Neuerdings habe ich, um alle diese Schwierigkeiten zu umgehen, desshalb im Anschlusse an einen älteren von Simon ausgehenden Vorschlag ein anderes Verfahren angewendet.

Simon schlug bekanntlich vor, den Sphinkter nach dem Steißbeine zu vor der Plastik zu durchtrennen. Diese Durchtrennung, nach der Operation ausgeführt, ist ungefährlich und ziemlich sicher. Man versucht, wenn die Operation fertig ist, mit dem Finger in den Anus einzudringen. Stößt der Finger auf einen großen Widerstand, ist der Anus sehr eng, so ist auch anzunehmen, dass dieser Widerstand für Blähungen resp. Mastdarmschleim zu groß sein wird. Man führt desshalb ein spitzes, gekrümmtes Tenotom von außen flach gegen den Sphinkter zu ein, stellt es durch Drehung gerade und durchtrennt damit subkutan den Sphinkter vorsichtig, langsam, um nicht den Mastdarm zu perforiren. Der Finger, in den Anus eingeführt, kontrollirt die Spitze des Tenotoms und drückt ihr den Sphinkter entgegen. Am besten macht man 2 Durchtrennungen, eine nach rechts, eine nach links, in der Entfernung von ca. 1—1,5 cm von einander. Danach ist der Finger leicht einzuführen, und man schiebt nun ein Gummirohr von 1 cm Durchmesser, mit Jodoformgaze dünn umwickelt, ca. 6 cm hoch in den Anus. Das Rohr, kurz abgeschnitten, wird nicht befestigt.

Auch die sagittale Durchtrennung habe ich oft gemacht, dabei aber bemerkt, dass, wenn auch die Blutung nicht stark und die Heilung eine gute ist, doch die Schmerzen erheblich größer als bei der subkutanen Durchtrennung waren. Die Erfolge der subkutanen

Durchschneidung des Sphinkters sind so gute, dass ich sie den Fachgenossen dringend empfehlen möchte. Dass sich später eine normale Funktion des Sphinkters herstellt, war nach den Erfahrungen der Operation der Fissura ani als selbstverständlich anzunehmen.

Ich möchte zum Schlusse hinzufügen, dass Katgut wohl nicht das beste Material zu der versenkten Naht des Sphinkter und Levator ani ist. Wird er erweicht und resorbirt, so wird der Levator ani jedenfalls wieder aus einander weichen, wodurch der Erfolg bezüglich des Beckenbodens nicht gut bleibt.

Wir haben in dem vorzüglichen von Pagenstecher empfohlenen Zwirn ein besseres Material. Bedenkt man die minimale Menge Ligaturmaterial, die dabei in der Tiefe liegen bleibt, die Reaktionslosigkeit, die man bei dem dünnsten Zwirne stets konstatirt, so ist kein Zweifel, dass wir zu versenkten Nähten heut zu Tage ein vortreffliches Material im Zwirne besitzen.

III.

Ein Fall von Uterusmyom, komplicirt durch Diabetes.

Von

Dr. **Jahreiss** in Augsburg.

Kleinwächter macht in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIII, Heft 2, darauf aufmerksam, dass bisher in verhältnismäßig seltenen Fällen die Komplikation von Uterusmyom durch Diabetes beobachtet worden ist, und nimmt als Grund hierfür die nicht konsequent durchgeführte Untersuchung des Urins auf Anwesenheit von Zucker bei Uterusmyomen an, um so mehr als er mit Gottschalk zu der Anschauung neigt, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen besteht. Im Ganzen konnte er mit 2 eigenen Fällen nur über 6 derartige Beobachtungen berichten.

Ich habe Gelegenheit gehabt, einen einschlägigen Fall zu behandeln, und halte es daher für meine Pflicht, denselben zu publiciren.

Ob der Procentsatz an Beobachtungen der Häufigkeit des gleichzeitigen Bestehens von Myom und Diabetes in der That sich merklich erhöhen wird, wird die Zukunft lehren. An und für sich ist es ja eigentlich sogar auffallend, dass man nicht öfter diese Komplikation zu Gesichte bekommt, da Uterusmyome eine sehr häufige Erkrankung sind und Diabetes auch nicht zu den Seltenheiten gehört. Wenn ich aus meinem, allerdings sehr kleinen, Material einen Schluss ziehen darf, so sieht man aber solche Eälle, auch bei gewissenhafter Urinuntersuchung, nicht häufig. Mein Fall ist folgender:

Erste Untersuchung am 23. Januar 1899. 48jährige Wachtmeistersfrau W., die 2mal, zuletzt vor 14 Jahren, geboren hat, giebt an, seit ca. 4 Jahren an heftigen Menorrhagien zu leiden. Sie fühlt sich sehr elend, ist magerer geworden, hat vie

Herzklopfen und beständig etwas geschwollene Füße. Seit einigen Monaten hat sie auch über starken Durst zu klagen; Appetit gering. Die Untersuchung ergiebt:

Äußerst anämische Frau, die sichtbaren Schleimhäute gänzlich blutleer, livid, an sämmtlichen Herzostien laute, blasende Geräusche. Puls frequent dünn, zeitweise irregulär. Beide Füße bis über die Knöchel hinauf ödematös. Myoma uteri interst. bis zum Nabel reichend. Urin ohne Eiweiß, stark zuckerhaltig.

Eine operative Entfernung des Myoms war bei der hochgradigen Anämie und dem elenden Zustande des Herzens ausgeschlossen. Meine Ordination bestand daher in absoluter Bettruhe, zweckmäßiger, reichlicher Ernährung. Eisen.

Nach 4 Wochen Allgemeinbefinden etwas besser, der Puls weniger frequent. Zuckergehalt annähernd der gleiche.

Im weiteren Verlaufe hatte Pat. viel über neuralgische Schmerzen, speciell im Gebiete des rechten Ischiadicus, zu klagen. Der Zuckergehalt ist wechselnd, nimmt aber allmählich ab. Pat. kommt in längeren Pausen in die Sprechstunde, um den Urin untersuchen zu lassen. Am 5. Juni 1900 ist zum 1. Male der Zucker aus dem Urin geschwunden; dagegen ergiebt die Untersuchung bedeutenden Gehalt an Eiweiß. Das Mikroskop zeigt zahlreiche Cylinder. Der Urinbefund bleibt der gleiche bis zum Tode der Pat., welcher am 7. Oktober 1900 an einer wenig ausgedehnten katarrhalischen Pneumonie des rechten Unterlappens erfolgte. Das Myom hatte während der ganzen Beobachtung keinerlei Veränderungen gezeigt, die Blutungen hatten sich etwas vermindert.

In diesem Falle war also zu einem großen Myom Diabetes hinzugekommen. Wie lange vor meiner Beobachtung bereits der Urin zuckerhaltig war, entzieht sich der Kenntnis. Der vor mir behandelnde Arzt hatte, bei fehlenden diesbezüglichen Klagen, eine Urinuntersuchung nicht vorgenommen (laut mündlicher Mittheilung). Der Zuckergehalt war ein sehr beträchtlicher (quantitativ wurde nicht untersucht), verschwand aber nach $1^1/_2$jähriger Beobachtung, als eine parenchymatöse Nephritis sich etablirte. Die Ätiologie des Diabetes ist unklar. Pat. war hereditär nicht belastet, sie war nachweisbar nicht syphilitisch, das Nervensystem intakt, die Ernährungsweise eine vernünftige. Den einzigen Anhaltspunkt für die Ätiologie bilden daher die Blutungen. Ob dieselben für das Auftreten des Diabetes verantwortlich zu machen sind, werden weitere Beobachtungen zeigen müssen. Ich möchte mir nur noch erlauben mitzutheilen, dass ich bei einer meiner Pat. 2mal im Anschlusse an sehr heftiges, schwer zu stillendes Nasenbluten im Urin Zucker konstatiren konnte, während häufige Urinuntersuchungen vor und nachher stets negativ ausfielen.

Referate.

1) **Marx** (New York). Medulläre Narkose während der Geburt, eine vorläufige Mittheilung.

(Med. news 1900. August 25.)

Angeregt durch eine Mittheilung Tuffier's hat M. im New York maternity hospital Versuche mit Cocaineinspritzung in den subarachnoidalen Raum während der Geburt angestellt. Er erklärt es geradezu für überraschend, eine so behandelte Kreißende ruhig

im Bette liegen zu sehen, ohne einen Schmerzenslaut von sich zu geben und mehr als ein unbestimmtes Gefühl wahrzunehmen, so dass das Kind ohne ihre Kenntnis geboren wird. Die anzuwendende Spitze der Subkutanspritze ist etwa 10 cm lang, beides wird durch Kochen sterilisirt. Die Frau wird mit gekrümmtem Rücken auf die Seite gelegt und mit dem Daumen der Dornfortsatz des 4. Lendenwirbels markirt. Diesen findet man, indem man sich die tiefe Senkung zwischen letztem Lenden- und erstem Kreuzbeinwirbel aufsucht, oder sich bei sehr fetten Personen eine Linie zieht, die die höchsten Punkte der Crista ilei mit einander verbindet und durch die Mitte des 4. Lendenwirbels geht. Etwa 1 cm nach vorn und außen von der Daumenspitze sticht man im Winkel von 165% die Nadel ein, in der Richtung von unten außen nach oben innen; trifft man auf den Wirbelbogen, so verschiebt man die Spitze, bis sie in einen Zwischenraum gleitet, entweder zwischen 4 und 5 oder 3 und 4. In diesen Zwischenraum schiebt man die Nadel weiter ein, bis etwas Spinalflüssigkeit abfließt; dann spritzt man von der Cocainlösung einige Tropfen ein, entsprechend 0,01 g des Alkaloids. Wenn auch, wie Tuffier und Kreis gleichfalls angeben, schwere Zufälle danach nicht auftraten, so blieb doch thatsächlich keine einzige der Frauen ohne alle Unannehmlichkeit, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Klopfen oder Schwere im Kopf, Frösteln, selbst leichte Pulsbeschleunigung und Temperatursteigerung pflegten sich am Abend nach der Einspritzung einzustellen. Diese Erscheinungen traten auch auf, als man irrthümlich statt der Cocainlösung einmal eine Salzlösung einspritzte. Sie sind also nicht auf das angewendete Präparat zu beziehen, sondern wahrscheinlich als Folge der Druckschwankungen in der Cerebrospinalflüssigkeit aufzufassen. Sepsis glaubt Verf. ausschließen zu können, da die Erscheinungen ja niemals ganz fehlten. Meist gehen sie ohne alle Nachtheile rasch vorüber, man kann sie also ganz unberücksichtigt lassen, oder auch etwas Nitroglycerin allein oder mit Morphium zusammen geben. Was aber die Hauptsache ist, die austreibenden Kräfte wurden niemals beeinträchtigt. Die schmerzstillende Wirkung trat schon nach 7—12 Minuten ein und hielt etwa 3 Stunden lang an. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

2) **White** (Philadelphia). Blutveränderung nach Köliotomie.

(Univers. med. magazine. Juni, p. 260.)

W. hat mühselige Blutuntersuchungen bei 28 Kranken vorgenommen, an denen eine Köliotomie ausgeführt worden war, und zwar wurden Blutkörperchenzählungen und Hämoglobinbestimmungen zuerst 24 Stunden vor der Operation gemacht, dann 5 Stunden danach, weiter alle 24 Stunden wiederholt, bis Erholung eingetreten war. Was zunächst die rothen Blutzellen betrifft, so fand sich im Allgemeinen trotz der bestehenden, in 14,8% akuten, in 85,2% chronischen Krankheit vor der Operation ein größerer Reichthum

an ihnen, als a priori hätte angenommen werden sollen; doch ist hierbei zu berücksichtigen, dass die erste Untersuchung in die Zeit der Vorbereitung für die Operation, also der Darreichung von Abführmitteln fiel, welche ja immer eine größere Koncentration des Blutes zu bewirken pflegt. Der unmittelbare Einfluss der Operation zeigte sich bei 34,6% in einer Zunahme, in 53,8% in einer Abnahme der rothen Zellen, wogegen ihre Zahl in 11,5% unverändert blieb. In allen Fällen, in denen eine Zunahme festzustellen war, hatte sich sehr starkes Erbrechen eingestellt, welches wiederum eine Eindickung des Blutes bewirken musste, bei den übrigen Operirten war dies weniger der Fall gewesen. In den weiteren Zählungen zeigten 26,9% unregelmäßige Schwankungen, eine stetige Abnahme 38,4%, stetige Zunahme 34,6%; überall wo plötzliche Zu- oder Abnahme auftrat, fand sich irgend eine besondere Veranlassung dazu. Wiederholtes Erbrechen, leichtes Fieber, Durchfälle oder ein Unterschied zwischen eingenommenem Getränk und ausgeschiedenem Harn oder eine andere ausgesprochene Abweichung. Schließlich bei der letzten Zählung waren die Erythrocyten in 62% vermindert, in 23% vermehrt und unverändert in 15%; doch waren die Veränderungen in allen günstigen Fällen nur gering, vom klinischen Standpunkte aus unbedeutend. Die Untersuchung der Erythrocyten in gefärbten Präparaten zeigte nur die gewöhnlichen Veränderungen, welche bei Veränderungen in der Zahl aufzutreten pflegen, geringe Unregelmäßigkeit der Gestalt und Größe, Vorkommen blasser Zellen, Fehlen der Zellen mit Kernen, Polychromatophilie und basische Degeneration; in einem Falle wurden auch zahlreiche große Zellen gesehen, aber immer in demselben Verhältnisse, wie die Erythrocyten überhaupt. Bei der Zählung der Leukocyten vor der Operation kommt die Art der Erkrankung in Betracht. Unter den Fällen, in denen Entzündung oder Eiterung bestand, fand sich in 53,8% gewöhnliche Anzahl der Leukocyten, im Durchschnitt 76,80 und in 46,2% eine leichte Leukocytose (Durchschnitt 3383), und zwar lagen in 69,2% subakute oder chronische, in 30,8% akute Krankheiten vor, doch überschritt die Zahl bei 3 Fällen nicht die physiologische Grenze, und in einem Falle war die Leukocytose nur ganz gering. Von 7 Fällen, in denen eine Geschwulst vorhanden war und zwar 3mal eine bösartige, 4mal eine gutartige, zeigten nur 3 leichte Vermehrung der Leukocyten, eben so fehlten unter den 7 Fällen mit Lageveränderungen der Organe höhere Grade von Leukocytose, nur 2mal fand sich bei Vorfall der Eierstöcke leichte Vermehrung der weißen Blutzellen. Nach der Operation konnte die stets vorhandene Vermehrung derselben auf verschiedene Momente zurückgeführt werden, unter denen neben Blutung, Zerreißen von Adhäsionen, Eröffnung des Bauchfelles u. A. vor Allem die Äthernarkose in Betracht kommt. Von den verschiedenen Arten der Leukocyten waren die polymorpho-nucleären Neutrophilen stets absolut vermehrt und zwar auf Kosten der anderen Zellen in 59,2, mit gleichzeitiger Vermehrung auch der anderen

Zellen in 25,9 und ohne gleichzeitige Veränderung der Zahl der übrigen in 14,9%. Die einkernigen Formen waren in 40,7% vermehrt, in 48,1% vermindert, unverändert geblieben in 11,1%; die transitionalen Zellen waren in 55,6% vermehrt, in 33,4% vermindert, unverändert in 11,1%. Lymphocyten waren vermehrt in 18,5%, vermindert in 70,3% und unverändert in 11,1%. Die eosinophilen Zellen endlich verschwanden gleich nach der Operation fast stets (in 96,3%) ganz, nur in einem Falle = 37% fanden sie sich in spärlicher Menge; nach einigen Tagen erschienen sie wieder, nachdem die Leukocytose geringer geworden war, und zwar bei 74,1% in verminderter Zahl, während sie bei 25,9% in vermehrter Zahl wieder auftraten.

Wenn während der Rekonvalescenz Komplikationen eintraten, so war auch sogleich Vermehrung der Leukocyten zu bemerken. Zerfallformen fanden sich zahlreich. Der Hämoglobingehalt schwankte von Tag zu Tag ohne erkennbaren Zusammenhang mit dem Verhalten der Erythrocyten, welche auch in der Rekonvalescenz Schwankungen aufwiesen, je nach dem Auftreten von Erbrechen, Diarrhöe etc., Momente, welche stets auch ihren Ausdruck fanden in Vermehrung der Leukocyten.

Im Ganzen muss man mit W. sagen, dass der Werth solcher Blutuntersuchungen für den Chirurgen nur ein sehr relativer ist, indem Schwankungeu im Allgemeinbefinden so wie örtliche Störungen des Verlaufes auch im Blute alsbald ihren Ausdruck finden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.[1]

Sitzung vom 25. April 1899.

Vorsitzender: Herr Lomer; Schriftführer: Herr Schrader.

Es demonstrirt Herr Roesing einen vaginal entfernten Uterus; 41jährige Frau. Die Portio blutete bei leichtester Berührung; auf dieses klinische Symptom hin Operation. Nachträgliche mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose: Carcinom.

Herr Seeligmann 1) ein in die Scheide geborenes kleinfaustgroßes Myom. Die Ursprungsstelle desselben an der vorderen Wand bildete eine deutliche Delle, bezw. partielle Inversion des Uterus. Um nicht ein Fenster in die Uteruswand zu bewirken, spaltete S. den Tumor median und trug so beide Hälften der Geschwulst, die auf diese Weise in ihrer Ausdehnung und ihrem Sitze in der Uteruswand deutlich zu übersehen war, nach einander ab. Beide Stiele, die aus der hinteren Kapselwand des Tumors gebildet waren, wurden dann mit einander vereinigt. Heilung glatt.

2) Einen Parovarialtumor, der mit den rechten Adnexen, den Därmen und dem Proc. vermiformis zu einem großen Konglomerattumor verwachsen war. Abtragung des verdickten Proc. vermiformis und des Tumors; Lösung der Adhäsionen der Därme. Glatte Heilung.

Derselbe berichtet über einen einseitigen faustgroßen Tubo-ovarialabscess, dessen Heilung schon in einem hiesigen Krankenhause durch vaginale In-

cision versucht worden war. Weil einseitig, machte S. Laparotomie. Am 2. Tage alarmirende Symptome, die S. auf die noch liegende Jodoformgaze, die bei der Operation zur Anwendung kam, bezog. Die Gaze wurde entfernt, darauf trat Erholung ein. Pat. ist dann glatt genesen. S. glaubt beobachtet zu haben, dass Laparotomirte häufiger, als sonst Operirte das Jodoform nicht vertragen können.

Herr Grapon: Weniger die Laparotomie als die Individualität ist hieran Schuld.

Herr Calmann fragt, ob der Urin und Magensaft auf Jod untersucht worden ist

Herr Seeligmann: Nein.

Herr Kümmell: Der Proc. vermiformis ist ins Grenzgebiet der Gynäkologie gezogen worden, vielleicht mehr als wünschenswerth. Die primäre Erkrankung ist wechselseitig, jedoch wohl häufiger von der Tube ausgehend und den Wurmfortsatz hineinziehend. Wenn der Proc. verdickt und erkrankt ist, thut man gut, ihn wegzunehmen; jedoch neigt man jetzt dazu, zu weit zu gehen, indem man bei jeder Wanderniere und Unterleibsentzündung auch den gesunden Processus mit wegnehmen will. Im Übrigen betont auch K., dass viel mehr Personen, als man ursprünglich glaubte, Idiosynkrasie gegen Jodoform haben.

Herr Rose demonstrirt: 1) erkrankte Adnexe, Verwachsungen mit dem Proc vermiformis wurden gelöst, letzterer, da gesund, nicht mitentfernt.

2) Tubo-ovarialtumor (Pyosalpinx).

Herr Kümmell ad 1, hält das Präparat für tuberkulös.

Herr Calmann (a. Gast) hält den 1. Theil seines Vortrages: »Diagnose und Behandlung der weiblichen Gonorrhoe.«

Sitzung vom 9. Mai 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Seeligmann.

Es demonstrirt:

1) Herr Matthaei einen myomatösen Uterus, durch Laparotomie gewonnen; seit 3 Wochen war die Geschwulst der 47jährigen Pat. schnell gewachsen.

2) Herr Staude einen vaginal entfernten Uterus mit Corpuscarcinom. Erst die zweite Exkochleation hatte maligne Partikelchen ergeben.

3) Derselbe einen myomatösen Uterus, vaginal entfernt. Eines der Myome, das theilweise geboren war, wurde zuerst entfernt, da aber das Fieber weiterbestand und nicht herunterging, Totalexstirpation.

Herr Calmann setzt seinen Vortrag fort: »Diagnose und Behandlung der weiblichen Gonorrhoe«.

Sitzung vom 6. Juni 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Staude demonstrirt einen myomatösen Uterus wegen »Umsattelns«, da die vaginal angefangene Operation durch Bauchschnitt beendet werden musste trotz zweier seitlicher Scheidenschnitte und trotzdem es die Vagina einer Mehrgebärenden war.

Herr Matthaei glaubt, dass in solchen Fällen, wo sich der Uterus bezw. der Tumor nicht herabziehen lässt, nur das Morcellement die vaginale Beendigung ermöglicht.

Herr Staude: Das Morcellement war beabsichtigt, aber an das Myom war nicht heranzukommen.

Herr Roesing glaubt, dass selbst wenn das Morcellement gelungen wäre, die Operation doch nicht vaginal zu beenden gewesen wäre, weil man völlig im Dunkeln gearbeitet hätte und der Ureter in große Gefahr gekommen wäre.

Herr Staude stimmt diesem zu.

Herr Matthaei zeigt die beiderseitigen Pyosalpingen nebst einem Ovarium; ein Ovarium wurde zurückgelassen behufs Vermeidung der Ausfallserscheinungen. Wegen Sterilität war eine Discision des Muttermundes vorausgegangen. Es lagen bedeutende Entzündungen vor, ohne dass anamnestisch eine frühere Peritonitis nachweisbar war; Gonorrhoe wurde von dem Ehemanne auf das bestimmteste verneint.

Herr Lomer fragt, ob auf Tuberkelbacillen untersucht worden sei.

Herr Matthaei: Nein.

Herr Staude fragt, warum die Operation gemacht worden sei, da die Pat. keinerlei Beschwerden hatte und da sie durch die Operation auch nicht konceptionsfähig wurde.

Herr Matthaei erwidert, dass die Operation aus einem diagnostischen Irrthume gemacht worden ist; es sollte der retroflektirte Uterus ventrofixirt werden, da die Retroflexio als die Ursache der Sterilität angesehen wurde; erst bei der Operation ergab sich der Befund der Pyosalpingen.

Herr Calmann hält die Fortsetzung und den Schluss seines Vortrages: »Diagnose und Behandlung der weiblichen Gonorrhoe«.

(Ausführlich veröffentlicht als Monographie bei Karger in Berlin 1899.)

Sitzung vom 20. Juni 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Staude demonstrirt einen intakten Ovarialtumor, welcher durch Kolpotomia posterior entfernt worden ist.

Herr Mond: »Über einen Fall von gleichzeitiger intra-uteriner und extra-uteriner Gravidität«.

Nach Bezugnahme auf die geringe einschlägige Litteratur bis zurück zum Jahre 1820 berichtet Vortr. über seinen Fall, den er in der Kieler Anstalt operirt hat:

28jährige Frau, 5 normale Geburten, Wochenbetten immer glatt verlaufen. Die letzte Entbindung 2 Jahre vor der ca. 3 Wochen bestehenden Erkrankung (Symptome einer rupturirten Extra-uterin-Schwangerschaft mit mehrfachen Attacken).

Laparotomie: Befund: 1) Uterus gravidus II—III Mens., linke Adnexe normal; 2) hühnereigroßes Hämatom der rechten Tube, nach abgelaufener rechtsseitiger Tubenschwangerschaft entstanden, mit Ausgang in Tubenabort und sekundärer großen Hämatocelenbildung. Exstirpation des Hämatoms inkl. Tube. Glatter Heilungsverlauf.

Gut 5 Monate nach der Entlassung leichte Geburt eines kräftigen Kindes und normales Wochenbett.

Auf Grund der einzelnen Daten der Anamnese sei mit Sicherheit anzunehmen, dass beide Schwangerschaften auf ein und dieselbe Konception zurückzuführen sind.

Eben so wie in anderen aus der Litteratur bekannten Fällen fehlten auch bei diesem sichere diagnostische Merkmale für das Bestehen einer gleichzeitigen intrauterinen Schwangerschaft, obwohl die Größe des Uterus aufgefallen war.

Therapeutisch werden bei gleichzeitig bestehender extra- und intra-uteriner Schwangerschaft dieselben Maßnahmen empfohlen, wie bei einfacher extra-uteriner: Entfernung des ektopischen Fruchtsackes, je früher, desto besser. Der Tod der extra-uterinen Frucht ist erst dann als vollständig gefahrlos anzusehen, wenn längere Zeit hindurch weder Blutungen noch Schmerzanfälle sich einstellen und eine stetige Verkleinerung des extra-uterinen Tumors zu beobachten ist.

(Vortrag ist erschienen in der Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 37.)

Herr Staude: »Über Schwangerschaftsdiagnose in den ersten 3—6 Wochen«.

Nachdem S. eine Übersicht über die Ansichten der Lehrbücher über die frühzeitige Schwangerschaftsdiagnose gegeben hat, geht er genauer ein auf die Mit-

theilungen Th. Landau's und Braun's über dasselbe Thema. S. konnte den Befund Braun's, eine Differenz zwischen einer härteren und weicheren Partie des vergrößerten Corpus uteri und einen dadurch entstehenden Längssulcus nur in einem Falle konstatiren, während seine ganz frühzeitigen Schwangerschaftsbefunde sich mehr der Schilderung Landau's nähern. S. fand schon von der 3. Woche an eine Verbreiterung des Corpus uteri in seinem oberen Theile, wobei der untere Theil des Körpers sich dem oberen gegenüber etwas weicher anfühlte. Auf diese Weise entsteht eher ein Quersulcus als ein Längssulcus. Der Breitendurchmesser des Uterus erschien größer als der Dickendurchmesser. Dieser Palpationsbefund ist ganz charakteristisch, wenn er auch dem anatomischen Befunde nicht genau zu entsprechen scheint. S. hatte einmal Gelegenheit, in der 5. Schwangerschaftswoche eine Ovariotomie zu machen, dabei zeigte sich das gravide Corpus uteri hügelig, so dass also eine Differenz der beiden Durchmesser nicht auffiel. Das Überwiegen des Breitendurchmessers als Palpationsbefund erklärt sich S. dadurch, dass das Corpus uteri eine gewisse Weichheit besitze und dass daher bei der bimanuellen Untersuchung der Dickendurchmesser zu Gunsten des Breitendurchmessers etwas komprimirt werde, so dass die Vergrößerung des Breitendurchmessers das Auffallendere werde. S. demonstrirt diesen Befund an einer Reihe von Beispielen, in denen ihm die Diagnose meist in der 5.—6. Woche, ja sogar schon in der 3. Woche vor dem Wegbleiben der Menses gelang und da gelang, wo die Angabe der Pat. nicht richtige waren, man also Täuschungen leicht ausgesetzt sein konnte. Differentialdiagnostisch erwähnt S., dass kurz nach den Menses eine ähnliche Verbreiterung der Uteruskörper sich herauspalpiren ließe und dass sehr weiche Myome in der vorderen Wand, wenn aus irgend einem Grunde einmal die Menses postponirten, zu Täuschungen Veranlassung geben könnten. Dass man auf sonstige Schwangerschaftszeichen natürlich auch fahnden müsse, wird selbstverständlich erwähnt.

Diskussion: Herr Schrader stimmt Herrn Staude zu, dass die Verbreiterung des Uteruskörpers um die geschilderte Zeit ziemlich konstant nachweisbar sei. Das von Braun kürzlich angegebene Zeichen — das Dickerwerden der einen Corpushälfte und die hierdurch bedingte Längsfurche im Corpus uteri — habe er ebenfalls einige Male beobachtet und dauerte es meist mehrere Wochen, bis die Furche verschwand und die Vergrößerung des Uterus eine gleichmäßige wurde.

Im Besonderen macht S. darauf aufmerksam, dass man häufig in frühester Zeit der Gravidität eine partielle Auflockerung des Uterus konstatiren kann, bei Anteflexion an der Vorderwand, bei Retroflexion event. an der Hinterwand. Man hat das Gefühl, als ob sich Trabekel in der Corpuswand befänden, so deutlich grenzen sich einige nicht aufgelockerte Stellen ab. Mit diesem Zeichen gelang es einige Male, die Schwangerschaft noch vor dem ersten Ausbleiben der Periode zu erkennen. Jedoch kommt es, wenn auch wohl äußerst selten, vor, dass bei Mehrgebärenden jegliche Auflockerung bis zum Anfange des 3. Monats zu vermissen ist, was er 1mal beobachtet hat.

Herr Lomer: Auch ihm sei namentlich die Verbreiterung am Fundus aufgefallen, jedoch tritt, wenn man beim Untersuchen massirt, sehr leicht eine Veränderung der Konsistenz ein.

Herr Staude: Man darf bei dieser Untersuchung gar nicht massiren, sondern nur leicht einmal den Finger hinüberführen, wenn man diese Verhältnisse fühlen will.

Herr Rose: Die Verbreiterung muss mit der Vergrößerung des Uterus eintreten, doch ist das Symptom sehr unsicher.

Herr Seifert glaubt, dass die stärkere Auflockerung und dessgleichen Wölbung der Vorderwand ein konstantes Symptom ist.

Herr Staude: Der Uterus ist anatomisch kugelig, die stärkere Vorwölbung der Vorderwand ist nur Palpationsbefund, da diese besser zugänglich ist.

Sitzung vom 4. Juli 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Predöhl: »Über Bakteriurie«.

Vortr. giebt auf Grund seiner an 7 weiblichen Kranken gemachten Beobachtungen ein genaues klinisches Bild dieser eigenartigen Krankheit, die seines Erachtens viel verbreiteter ist, als es scheint. Der stets trübe Urin, dessen Beschaffenheit genau beschrieben wird, ist lediglich durch Mikroorganismen getrübt, die sich in allen seinen Fällen bei bakteriologischer Untersuchung als Bacterium coli, und zwar in ebenfalls allen Fällen als Bacterium coli in Reinkultur erwiesen.

Als Bakteriurie bezeichnet P. nur solche Fälle, in denen bei gesunden Personen ohne irgend welche klinische Anzeichen entzündlicher Processe im Urinwege und ohne nachweisbare Ursache Mikroben in dem frisch gelassenen Urin auftreten und Krankheitserscheinungen verursachen. Es gehören hierzu also nicht solche Fälle, in denen die Bakteriurie nur eine sekundäre Erscheinung ist, in denen also schon vorher ein Entzündungsherd oder ein Krankheitsherd vorhanden war, in den als Locus minoris resistentiae das Bacterium coli einwandere und von dem aus dasselbe in den Urin hinein gelangen konnte. Zur Bakteriurie zu rechnen seien hingegen solche Fälle, in denen als Folge des Auftretens von Bakteriurie Erkrankung der Urinwege, Blasenkatarrhe, Pyelitis, Nephritis oder Erkrankung der Genitalien eintritt.

P. vertritt die Ansicht, dass es sich bei der Bakteriurie um eine Verbreitung des Bacterium coli auf dem Blutwege handelt, und beim Auftreten ernsterer Symptome entweder um eine phlogogene Thätigkeit desselben oder um eine Bakterienembolie. Andere Theorien aus der Litteratur werden besprochen.

Es kann die zunächst harmlose Bakteriurie auf rein mechanischem Wege durch einen thrombotischen Process an jeder beliebigen Stelle an den Schleimhäuten der Urinwege, am häufigsten in den Nieren zu schwerer Erkrankung führen. Damit erklärt P. sich auch die anamnestisch wichtigen Erkältungen, längere Urinverhaltungen und hartnäckige Verstopfungen.

Es werden dann 2 Fälle, welche sich durch ihren ernsten Verlauf auszeichneten, eingehender geschildert und als besonders lehrreich bezeichnet.

Die reine Bakteriurie verschwindet oft ohne Behandlung, sonst muss die Behandlung rein symptomatisch sein. Am besten bewährte sich noch das Salol, ein specifisches Arzneimittel ist dem Vortr. nicht aufgestoßen.

Die Erkrankung ist stets als eine ernste zu bezeichnen, die Prognose stets zweifelhaft zu stellen.

(Der Vortrag ist in der Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 45 erschienen.)

Diskussion: Herr Lomer: In dem einen im Vortrage erwähnten Falle hätte er ohne die Mittheilungen des Kollegen P. auch wohl an eine gonorrhoische Affektion gedacht, wie wohl manches damit nicht stimmte. In einem anderen Falle wurde ebenfalls Bacterium coli nachgewiesen.

Herr Rose bemerkt zur Ätiologie, dass die Entzündung erst bei Verletzung der Blasenschleimhaut oder nach Harnverhaltungen eintritt.

Herr Caro berichtet über einen Fall, den er wegen Blasenkatarrh 5 Jahre beobachtet hat und den auch Kollege Schrader mit ansah. Die Affektion bestand der Anamnese nach etwa 15 Jahre. Die durch Herrn Dr. Abel vorgenommene bakteriologische Untersuchung des Urins ergab Reinkulturen von Bact. coli. Urotropin, 2 g pro die, brachte Heilung, jedoch nach $1\frac{1}{2}$ freien Jahren trat im Anschlusse an einen Sprung aus einem Boote wieder Rückfall ein. Pat. nimmt wieder Urotropin.

Herr Schrader hat außer dem von Herrn Caro mitgetheilten Falle noch 2 andere beobachtet. Das klinische Bild entsprach völlig dem von Herrn Predöhl entworfenen der nicht komplicirten Fälle. Der Geruch des Urins sei penetrant und dabei charakteristisch. Hinsichtlich der Ätiologie möchte er im Gegensatze zum Vortr. annehmen, dass das Bacterium coli seinen Weg auch häufig durch die

Harnröhre nehme, wenigstens beim weiblichen Geschlechte. Dafür spreche, dass das weibliche Geschlecht von dieser Krankheit auffallend bevorzugt werde, was durch die Kürze der Harnröhre erklärlich sei. Diese Bevorzugung erstreckt sich auch auf das Kindesalter. So betrafen die von Pfaundler (Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten 1898 Bd. XXIII) aus der pädiatrischen Klinik des Prof. Escherich in Graz berichteten 6 Fälle von Colicystitis nur Mädchen. Schrader's Fälle gehen eine erwachsene Pat. und ein 5jähriges Mädchen an. In beiden Fällen hat Herr Dr. Plaut eingehend bakteriologische Untersuchungen angestellt und hierbei in beiden Fällen ein eigenthümliches Verhalten des Bacterium coli nach vorausgegangener innerer Anwendung von Medikamenten festgestellt und zwar eine Fadenbildung. Im Falle 1 waren etwa 6 Stunden vor der Harnentleerung 1,5 g Phenacetin genommen. Während in typischen Fällen das Bacterium coli höchstens 6—8 μ groß ist, sind in dem mikroskopischen Bilde des Phenacetinharnes nur in sehr geringer Menge normale Formen, dafür aber in größter Menge lange Fäden, von denen einzelne eine Länge von 70 μ erreicht haben. Die von diesem Urin angefertigten Platten waren übersäet mit lauter typischen Colikulturen, und sind dieselben absolut nicht zu unterscheiden von denen, die aus Urin von Colicystitispatienten mit gewöhnlichen Formen hergestellt wurden. Die einzelnen Kulturen von den Fädenplatten zeigen im mikroskopischen Präparate durchaus keine Fadenbildung, sondern geben die sehr kleinen Formen von Coli, wie sie stets in der Kultur auf Gelatine gewonnen werden. Um welchen Vorgang es sich bei der Fadenbildung handele, lasse sich noch nicht mit Gewissheit sagen.

Im Falle 2 (5jähriges Mädchen) trat diese Fadenbildung auf von dem Tage an, an welchem es Urotropin (1 g pro die) erhielt. Das mikroskopische Bild, das bis dahin monatelang stets das typische gewesen war, war von da an wie mit einem Schlage geändert. Nur wenige vereinzelte kleine Formen noch sichtbar, alles Übrige bedeckt von Fadengewirr, ganz analog dem mikroskopischen Bilde des Phenacetinharnes. Bei fortgesetzter Urotropingabe verschwand zuerst der Eiter, dann wurden die Fadenbakterien geringer, und nach 3 Wochen waren im centrifugirten Bodensatze nur noch wenige Eiterzellen und keine Bakterien mehr nachweisbar. Aber Heilung war nicht eingetreten: Die Kultur ergab noch vereinzelte Keime, und nach dem Aussetzen des Mittels war in 3 Tagen wieder das Bild der gewöhnlichen Colicystitis starken Grades vorhanden. Herr Dr. Plaut möchte annehmen, dass wir es hier mit einem Degenerationsvorgange (Agglutinirung) zu thun haben. Diese Hypothese werde, wie Dr. Plaut meint, noch wahrscheinlicher, wenn wir die Pfaundler'sche Arbeit »Über eine neue Form der Serumreaktion, auf Coli- und Proteusbacillen« betrachten. (Die Abbildungen der Pfaundler-schen Arbeit werden herumgereicht und die Plattenkulturen, so wie mikroskopischen Präparate demonstrirt.)

Herr Predöhl bemerkt im Schlussworte Herrn Rose gegenüber, dass er ätiologisch den Einfluss des Trauma ausdrücklich hervorgehoben habe.

Schluss der Diskussion: Herr Rose demonstrirt eine doppelseitige Hydrosalpinx, von der er glauben möchte, dass dieselbe aus einer Pyosalpinx hervorgegangen ist.

---

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 23. November 1900.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Menzer demonstrirt ein Präparat eines vaginofixirten Uterus einer Kranken, welche 8 Tage nach der Operation an Tetanus erkrankt ist. Die Kranke starb nach 4 Tagen trotz Behandlung mit Antitetanusserum, Morphium, subkutaner Kochsalzinfusion etc. Der Ursprung des Tetanus von der Vagina aus wurde dadurch sichergestellt, dass 3 mit Scheidensekret geimpfte Mäuse an typischem

Tetanus zu Grunde gingen. Die Sektion ergab nichts Besonders, geringe Missfärbung der Scheidenwunde, keine peritonitische Reizung an der Fixationsstelle.

Die Art der Desinfektion vor der Operation, die Thatsache, dass in der betreffenden Klinik, in der viel operirt wird, in der ganzen Zeit kein Tetanus oder andere Wundkrankheiten aufgetreten sind, sprechen gegen eine Infektion von außen her. Der Vortr. ist der Ansicht, dass die Tetanuskeime sich bereits vor der Operation an irgend einem Theile der Genitalien befunden hätten und dass der Fall für die Frage der Autoinfektion von großem Werthe sei.

Diskussion: Herr Knorr berichtet über einen Fall von Tetanus puerperalis nach Zangenoperation, den ein Assistent der Universitätsfrauenklinik Berlin in seiner poliklinischen Thätigkeit erlebte.

Herr Simons fragt, ob in der Klinik zur Zeit der Operation oder kurz vorher bauliche Veränderungen vorgenommen worden seien.

2) Herr A. Pinkuss demonstrirt ein Bauchdeckenfibrom, welches bei einer im 4. Schwangerschaftsmonate befindlichen jungen Frau exstirpirt worden ist; dasselbe zeichnete sich aus durch starkes Prominiren nach außen, schnelles Wachsthum während der Schwangerschaft, muthmaßliche Entstehung aus einem Hämatom.

3) Herr Opitz zeigt einen Intra-uterin-Stift vor, welcher von Herrn Dr. H. Biermer in Magdeburg aus dem Uterus einer Frau mit jauchiger Endometritis entfernt wurde. Der schwach gebogene Stift ist mit 2 aus einander federnden Enden versehen, welche wohl den Tubenmündungen aufliegen sollen, und wurde leider von ärztlicher Seite zu antikonceptionellen Zwecken 4 Monate vor der Entfernung eingelegt. Nach der Konstruktion des Instrumentes sind Nekrosen an den gedrückten Stellen und eitrige oder jauchige Endometritis bei Anwendung mit Sicherheit zu erwarten.

Herr Olshausen macht darauf aufmerksam, dass vor ungefähr 40 Jahren Detschy ein ähnliches Instrument als Intra-uterin-Pessarium angegeben hat. Ein sicher wirkendes antikonceptionelles Mittel ist es aber keinenfalls, nachdem O. und auch Winckel Konception bei intra-uterin liegendem Stifte zu Stande kommen sahen.

4) Herr Saniter berichtet über den in der letzten Sitzung von ihm vorgestellten Fall von mannskopfgroßer, nach Laparotomie entstandener Bauchhernie, welche die Eigenthümlichkeit zeigte, dass sich auf ihrer Kuppe eine zweite, etwa apfelgroße, dünnwandige, leicht reponible Hernie mit 5markstückgroßer Bruchpforte befand. Die Vermuthung, dass durch eine Lücke in der Hauptfascie zunächst die Fascia transversa prolabirt sei, und dann in dieser letzteren sich die kleinere Bruchpforte zum Durchtritte für einen peritonealen Bruchsack ausgebildet habe, ist durch die am nächsten Tage vorgenommene Operation bestätigt worden. Die Operation ist glatt verlaufen, der Pat. geht es gut. Der ganze Bruchsack wurde abgetragen, mit Watte ausgefüllt und in Formalin gehärtet. Demonstration dieses Präparates und eines mikroskopischen Schnittes aus der Wand des kleineren Bruchsackes, die aus Peritoneum und atrophischer Haut besteht.

II. Herr Knorr hält seinen angekündigten Vortrag: »Beiträge zur Pathologie der weiblichen Blase«.

Die Errungenschaften der modernen Urologie finden nur langsam Eingang bei den Gynäkologen, und nur vereinzelte Forscher und Praktiker bedienen sich der nunmehr erprobten Methode der Cystoskopie. Letztere wird zur Zeit fast nur von den Chirurgen und den Andrologen angewendet. Da die blasenkranken Frauen in der überwiegenden Anzahl der Fälle den Gynäkologen aufsuchen, wird ein großer Theil der Erkrankungen der weiblichen Blase nicht erkannt und nicht nach modernen Principien behandelt. Wie häufig Störungen der Blasenfunktion sind und wie mannigfaltig die Krankheitsbilder sind, ergiebt sich aus der Statistik des Vortr., die sich auf $1^1/_2$jährige Beobachtung an einem 1200 gynäkologische

Fälle umfassenden Materiale ergiebt. Davon litten 297 Frauen an Blasenstörungen, und bei einem großen Theile derselben bildeten dieselben das Hauptsymptom.

Mittels Cystoskopie und Sedimentuntersuchung ergaben sich:

25 Fälle Cystitis suppurativa univers., davon 11 acida, 14 ammoniac.
2 » kombinirt mit Pyelitis,
2 » allgemeiner gonorrhoischer Cystitis,
2 » Cystitis colli gon.,
6 » Cystitis subacuta catarrh.,
3 » Bakteriurie (ohne sonstige pathologische Veränderungen),
1 Fall von Calcul. renis,
1 » von Carcinoma renis,
60 Fälle von Cystitis colli chronica,
32 » von Hyperaemia trigoni,
3 » von Cystitis colli papillomatosa,
3 » von Oedema bullosum ohne andere Affektionen.

In 47 Fällen waren chronische Veränderungen komplicirt durch para- resp. pericystitische Veränderungen, in 8 Fällen mit anderen gynäkologischen Veränderungen.

In 38 Fällen waren lediglich gynäkologische Veränderungen Ursache der Blasenbeschwerden.

2 Fälle von Balkenblase, einmal mit Divertikeln,
13 » von Carcinom der Blasenwand,
22 » Papillomata am Sphincter ani,
2 » von Papilloma fimbr. der Blase, von denen einer mit dem Operationscystoskop operativ geheilt wurde.

Nach einer kurzen Besprechung der cystoskopischen Methode, die Vortr. befolgt, werden die normalen und die pathologischen Zustände der weiblichen Blase besprochen. Dabei kann Vortr. nur immer wieder auf die klassische Schilderung dieser Zustände durch Prof. Winter in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXVI hinweisen; fast alle diese Ergebnisse konnte er bestätigen. Außerdem wurden verschiedene neue Thatsachen gefunden. Von diagnostischer und auch therapeutischer Bedeutung sind die gar nicht selten vorkommenden paracystischen Stränge, die ein ausgeprägtes cystoskopisches Bild geben.

(Der Vortrag wird in extenso publicirt.)

Diskussion: Herr P. Strassmann hat seit 1893 alle geeigneten Fälle von Blasenbeschwerden in der gynäkologischen Universitätspoliklinik der Kgl. Charité cystoskopisch untersucht. Wo nicht akute Cystitiden oder anderweitige Kontraindikationen vorliegen, kann und solle man stets bei Blasensymptomen cystoskopiren. Auch in der Sprechstunde kann die nicht vorbereitete Pat. leicht untersucht werden.

Balken als perimetritische Folgezustände, wie Herr Knorr, hat S. nicht gesehen, dagegen größere Narbenverzerrungen. Balken fand S. erstens bei Cystocelen; durch die Bemühungen, den Residualharn herauszubefördern, hypertrophiren die Muskelgeflechte. Ferner finden sie sich als durchschimmernde Muskeln bei der Blase klimakterischer Frauen. Eine Pseudobalkenblase findet sich leicht bei geringer Füllung, sie verschwindet bei stärkerer Ausdehnung der Blase.

Als klimakterische Erscheinungen an der Harnblase hat S. bei 12—14 Frauen, deren Klimax meist plötzlich eingetreten war, folgende Symptome beobachtet: leichter Harndrang, mäßig verringerte Kontinenz, etwas vermehrte Abstoßung von Epithelien ohne stärkere Trübung oder Zersetzung. Im Bilde: Auffallend dünne Gefäße, Muskelgeflechte leicht durchschimmernd, vielleicht etwas hypertrophisch. Ureterenmündung nicht selten weiter klaffend, mehr bogen-, statt schlitzförmig und leicht zu katheterisiren. Ursache ist die verminderte Blutzufuhr zu den Beckenorganen, bei der auch die Blase in Mitleidenschaft gezogen wird.

Besserung wird erreicht durch 2mal wöchentliche Spülungen mit steigenden Mengen; bei Kontinenzstörungen lässt S. den Sphinkter üben, indem bei liegen-

dem, aber zugehaltenem Katheter und gefüllter Blase die Pat. aufgefordert wird, abwechselnd Urin zu entleeren und wieder zurückzuhalten.

Bei Fisteln kann man mit eingefetteten Tampons die Scheide füllen, event. zuhalten und dann die Blase spiegeln.

Bei einer Ureterfistel konnte erkannt werden, welcher Ureter betheiligt war. Die eine Mündung bildete einen kleinen bewegungslosen Punkt. Ein ähnliches Bild ist von Stöckel kürzlich geschildert worden.

Ein praktisches Beispiel für den diagnostischen Werth des Ureterkatheterismus (mit den deutschen Instrumenten) bildet u. A. die Erkrankung einer Hebamme, bei der einige Jahre nach Exstirpation beider Adnexe Koliken auftraten. Es bestand der Verdacht auf narbige Ureterstriktur mit Nierenkoliken. Die leichte Sondirung der Harnleiter widerlegte diese Annahme. — S. palpirte in einem Falle vaginal einen im rechten Ureter steckenden Stein. Der Ureter war jenseits fingerdick. Die Papille in der Blase war haselnussgroß geschwellt, nicht ulcerirt. Bei der nächsten Menstruation ging der Stein (bohnengroß, innen Oxalat, außen Phosphat) ab. Den Eintritt in die Blase hat Pat. nicht empfunden, die Passage durch die Urethra war schmerzhaft. Die Blasenstrecke des Ureters war durch die Schwellung gewissermaßen wohl infiltrirt und anästhetisch geworden.

Das erste Uriniren nach der Cystoskopie oder dem Ureterkatheterismus pflegt etwas schmerzhaft zu sein. Es empfiehlt sich daher, bei empfindlichen Frauen 0,01 g Eucain in die Blase zu spritzen und darin zu belassen. S. bevorzugt den doppelläufigen Katheter an einem genau kalibrirten Irrigator, in der Spülflüssigkeit befindet sich ein Thermometer. — Unangenehme Folgezustände sind S. nicht bekannt geworden.

Die Austastung der Blase mit dem Cystoskop hat doch eben so wie die früher geübte Sondirung ihre Bedenken.

Herr Koblanck vermeidet ebenfalls Cocaininjektionen vor der Cystoskopie; er weist hin auf das Auftreten von herpesähnlichen Bläschen am Blasenhalse; leichtere Grade von Trabekelbildung hat er relativ häufig gesehen; sehr wichtig ist die Cystoskopie bei Carcinom des Uterus; bei Fisteln ist vor der cystoskopischen Untersuchung ein Kolpeurynter in die Scheide zu legen. — Demonstration eines von der Scheide aus fühlbaren Blasenpapilloms.

Herr Menzer äußert sich gegen eine allgemeine Anwendung der Cystoskopie im Sinne des Vortr.

Er hebt die Schwierigkeit der Desinfektion der Instrumente, die Möglichkeit der Übertragung von Katarrhen etc. hervor und fordert für unkomplicirte Katarrhe den Nachweis der Vortheile der Cystoskopie in Bezug auf Diagnose und auf Dauer der Behandlung. Auch glaubt er nicht, dass die Untersuchung selbst so völlig ohne Beschwerden für die Kranken besonders hinterher sei. Dabei betont er ausdrücklich die große Bedeutung der Cystoskopie für die Frage der Operation von Uteruscarcinomen, von Nierenoperationen und für die Aufklärung hartnäckiger, den gewöhnlichen Behandlungsmethoden trotzender Blasenkatarrhe etc.

Herr Knorr konstatirt mit Genugthuung eine Übereinstimmung mit den Ansichten der Herren Strassmann und Koblanck bezüglich des Werthes und der Nothwendigkeit der Cystoskopie für den Gynäkologen. Die Bedenken des Herrn Menzer theilt er nicht. Für die Praxis reicht die Desinfektion des Cystoskopes mit Formalinlösung völlig aus. Eine absolute Sterilisation mit Dampf, die ja wünschenswerth wäre, ist nicht unbedingt nöthig, eben so wenig wie der bisherige Mangel einer absolut sicheren Händedesinfektion chirurgische Eingriffe kontraindicirt.

Neueste Litteratur.

5) Archiv für Gynäkologie Bd. LXI. No. 3.

1) **Bandler. Die Dermoidcysten des Ovariums, ihre Abkunft von dem Wolff'schen Körper.**

Der Inhalt dieser umfangreichen Arbeit geht weit über die Ankündigung im Titel hinaus. Als thatsächliche Grundlage seiner polemischen Auseinandersetzungen sind nur die im zweiten Theile der Arbeit beschriebenen 8 Dermoide des Ovariums und 1 Hygroma colli cysticum aus der Abel'schen Frauenklinik zu betrachten. Dazu fügt Verf. eine sehr große Anzahl Beobachtungen Anderer von Dermoiden und Teratomen der verschiedensten Körpergegenden, die er alle heranzieht, um die einheitliche Genese aller dieser Geschwülste von der Urniere oder dem Ektoderm zu stützen, und um die von Wilms und Pfannenstiel begründete Lehre der Abstammung der Dermoide und Teratome des Hodens und Eierstockes von der Geschlechtszelle umzustoßen. Als Anhänger der Cohnheim'schen Lehre von der Geschwulstbildung aus versprengten Keimen führt B. die genannten Geschwülste auf versprengte Ektodermkeime resp. Zellen, die vom nicht differencirten Ektoderm herstammen sollen, zurück. Die zuerst von Verf. kritisch beleuchteten Tumoren, die sog. Epignathi oder fötalen Inklusionen am kranialen und kaudalen Pole, z. B. die Hypophysengeschwülste (Breitau und Rindfleisch), die Sacralteratome (Tillmanns), die Dermoide der Orbita (Weigert), die Mediastinaltumoren (Marchand), die sog. Eugastrii (Wilms) sind nach seiner Meinung eben so wenig wie die Keimdrüsendermoide dreiblättrige Keimanlagen. »Phantasie und entfernte Ähnlichkeit« hätten bei den Autoren zusammengewirkt, um sie zu der Meinung zu verleiten, dass in den genannten Tumoren ganze Organe resp. Organteile enthalten wären. Die mit mehrschichtigem Flimmerepithel ausgekleideten, mit Knorpel umgebenen Schläuche, in deren Wandung auch zusammengesetzte Schleimdrüsen anzutreffen sind, könnten nicht als Trachea oder Respirationstract, die mit hohen Becherzellen ausgestatteten, muskulösen, mit zahlreichen Windungen versehenen Kanäle nicht als Darmanlage und Lieberkühn'sche Drüsen gelten. Diese bunt durch einander gewürfelten Gewebe stellen keine Organe dar, keinen rudimentären Embryo, und ließen sich sammt und sonders vom Ektoderm und Mesoderm ableiten. Die Möglichkeit der Abschnürung noch nicht differencirten Ektoderms unter Mitschleppung von Mesoderm genügt nach Verfs. Ansicht vollständig zur Erklärung der Entwicklung von Mischtumoren an den fötalen Verwachsungsstellen. Auch die Entstehung der Dermoide in der Bauchhöhle wie der retroperitonealen an der Mesenterialwurzel und Niere, der Dermoide der Geschlechtsdrüsen, der Dermoide des Beckenbindegewebes (Sänger), der Blase, des Collum uteri und der Vagina sucht B. auf ähnliche Keimversprengung zurückzuführen. Als hauptsächliche Grundlage für seine Hypothese dienen Verf. die Ansichten einer Anzahl von Embryologen (Waldeyer, Kölliker, Rabl), welche die Entwicklung des Wolff'schen Ganges in Beziehung zum Ektoderm bringen. Nach Graf Spee stammt das Epithel des Wolff'schen Ganges direkt vom Ektoderm ab, und bildet sich aus ersterem das Epithel der Urnierenkanälchen und das Keimepithel. In ausführlicher Breite und unter Benutzung der Abbildungen von Keibel, Kollmann, Vogel und Spee führt uns Verf. die Entwicklung und Rückbildung des Wolff'schen Körpers und Ganges vor Augen. Da nun der letztere ursprünglich von der Herzgegend bis an die Kloake reicht, ist es B. möglich, alle eben genannten Tumorarten durch Keimversprengung resp. Reste der Urniere zu erklären. Alle teratoiden Bildungen in diesem Bereiche enthalten kein Ektoderm. Alle Bildungen mit Flimmer- und Becherzellen hält Verf. bei den Dermoiden und Teratomen des Eierstockes und Hodens für Abkömmlinge des Ektoderms, — Bildungen, die nach seiner Ansicht oft von den Krypten des begleitenden Cystadenoms in Kombinationstumoren nicht zu unterscheiden sind. Alle

übrigen Gewebe der Dermoide lassen sich auf Ekto- und Mesoderm zurückführen. Haut mit Haaren, Talg- und Schweißdrüsen, Gliagewebe, Pigmentepithel auf das Ektoderm, Knorpel, Knochen und Muskelfasern auf das Mesoderm, Zähne durch das Zusammenwirken beider Keimblätter. Quergestreifte Muskulatur fehlt in den Dermoiden der Geschlechtsdrüsen, ist dagegen in den höher sitzenden retroperitonealen Tumoren gefunden. Auch diese Beobachtung erklärt Verf. durch die Beziehungen des oberen Theiles des Wolff'schen Körpers zum Myotomsegment, von dem sich der untere Theil desselben mehr und mehr entferne, und glaubt, dass sie sich mit einer parthenogenetischen Erklärung dieser Geschwülste nicht vereinigen lasse. Er wendet sich ferner gegen die Wilm'sche Auffassung von der Entwicklungsmechanik der Dermoide und ihre Entstehung aus der Samenzelle. Im Gegensatze zu Pfannenstiel, welcher das Ovarialdermoid für ein pathologisches Produkt der Eizelle ansieht (nicht für eine parthenogenetische Bildung), verlangt Verf., falls Wilms und Pfannenstiel Recht hätten, den Nachweis von Placenta, Chorionzotten, Nabelschnur, Eihüllen, und nach langer Tragzeit der Geschwulst event. auch Lithopädionbildung!! Alle diese Gebilde wären eben nicht aufzufinden gewesen. Das Zurücktreten des Ektoderms in den vom Hilus entfernt liegenden Hodenteratomen erklärt B. durch den Umstand, dass der vor allen anderen Theilen des Wolff'schen Körpers ektodermatische Wolff'sche Gang für die Genese hier nicht in Betracht kommt, da er beim Manne zum Vas deferens wird. Verf. geht aber noch weiter. Bei Besprechung der übrigen cystischen Ovarialtumoren kommt er hinweisend auf die v. Recklinghausen'schen Befunde zu dem Schlusse, dass auch sie von Resten der Urniere herstammen, die ihre Kanälchen nicht nur bis zum Hilus, sondern auch in das Stroma des Eierstocks hineinsende (v. Franqué). Alle geschilderten Gewebe der Ovarialdermoide und Hodenteratome finden sich auch in den Anfangs citirten Mischtumoren anderer Körpergegenden mit Einschluss der Zahn- Knochen- Kieferbildungen, und auch der für Ovarialdermoide als charakteristisch geltenden Dermoidhautzapfen. Schließlich sucht Verf. auch klinische Beobachtungen für seine Theorie ins Feld zu führen, so für die Dermoide des Ovariums ihr angeborenes Vorkommen, ihre Doppelseitigkeit, ihre Kombination mit Cystadenomen, ihren intraligamentären Sitz bei intakten Ovarien. Er erklärt definitiv die Embryome Wilms resp. die ovulogenen Tumoren Pfannenstiels für Mischtumoren, entstanden durch ektodermatische Keimversprengung vom Wolff'schen Körper, die wegen des Prävalirens von Haut und Haaren Dermoide genannt werden.

Die kühnen Schlüsse des Verf. dürften wohl nicht lange unwidersprochen bleiben, wenn man an die vielseitigen und genauen Untersuchungen besonders von Wilms und Pfannenstiel sich erinnert, zu deren reichem Material die geringfügige eigene Kasuistik B.'s in schroffem Gegensatze steht.

2) Dührssen. Ein neuer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie, nebst Bemerkungen über die Behandlung der Eklampsie.

D. veröffentlicht hiermit den dritten Fall von vaginalem Kaiserschnitt. Es handelt sich um eine 31jährige tuberkulöse Primipara, die im 6.—7. Monate der Schwangerschaft wegen schwerer Eklampsie in die D.'sche Klinik kam. Bei erhaltener Cervix wurde die vordere Wand bis ins untere Uterinsegment gespalten, und nach kombinirter Wendung des in Querlage befindlichen Kindes die Extraktion ausgeführt. Tamponade des Uterus nach Lösung der Placenta und Uterusnaht beendeten die Operation. Post partum trat unter fortgesetzter Morphiumdarreichung kein Anfall mehr auf, Pat. ging aber an ihrer tuberkulösen Lungenaffektion unter pneumonischen Erscheinungen und Wiederauftreten von Ödemen und Eiweiß im Urin am 23. Tage p. p. zu Grunde. Da der Verlauf seitens der Beckenorgane ein absolut normaler war, sieht D. diesen Fall »in der Statistik des vaginalen Kaiserschnittes bei Eklampsie als geheilt an«. Er hofft die Zeit zu erleben, wo der klassische Kaiserschnitt für Fälle von schwerer Eklampsie durch den vaginalen Kaiserschnitt völlig verdrängt sein wird. Ja Verf. empfiehlt ihn bei allen von den Weichtheilen ausgehenden schweren Geburtshindernissen und bei ernster Lebensgefahr für Mutter oder Kind, die bei geschlossener und nicht

dilatabler Cervix auftritt. Weiter geht Verf. noch des Näheren auf die operative Behandlung der Eklampsie ein und betont, dass die operative Entleerung des Uterus in tiefer Narkose nach seiner Statistik die Krankheit in 93,75% der Fälle beseitigt, während die spontane Entleerung dies nur in 78,9% thut. Ist der supravaginale Cervixantheil dilatirt, wie oft bei Primiparen, so kommen die tiefen vom Verf. empfohlenen Cervixincisionen in Betracht, die ebenfalls die sofortige Extraktion des lebenden Kindes ermöglichen. Zuletzt kritisirt Verf. die gegnerischen Äußerungen Olshausen's und Veit's und sucht darzulegen, dass diese seine Entbindungsmethoden ungefährliche Eingriffe sind.

3) Blumenreich. Über abnormen Geburtsmechanismus bei Placenta praevia.

Veranlassung zu dieser Arbeit war folgender Fall aus der Gusserow'schen Poliklinik: Bei einer 35jährigen Fünftgebärenden und Placenta praevia centralis war Blutung eingetreten und der Halskanal für 2 Finger durchgängig. Die Placenta wurde durchbohrt und der Fuß heruntergezogen. Es folgten heftige Schmerzen im Leibe, besonders wenn der Fuß stärker angezogen wurde. Trotz konstanten leichten Zuges während 11 Stunden schritt die Geburt nicht vor. Uterus dauernd tetanisch kontrahirt. Darauf Narkose. 10 Minuten darauf unter Wehen Ausstoßung von Blutgerinnseln und des ganzen Eies. B. behandelt die Möglichkeiten des Geburtsmechanismus bei Placenta praevia: 1) Prolapsus placentae bei Springen der Eiblase, 2) Zerreißung des Fruchtkuchens unter dem andrängenden Fruchtkörper und Durchtritt desselben, 3) Ausstoßung des ganzen Eies. Dass in dem beschriebenen Falle selbst der anhaltende Zug am Beine nicht im Stande war, das Kind nach Erweiterung der Cervix herauszuziehen, lässt sich Verf. dadurch erklären, dass nach Durchbohrung der Placenta und Herunterholen des Beines das letztere den Riss bei ständigem Zuge fest tamponirte. Es floss in Folge dessen wenig Fruchtwasser ab, und das Ei war als Ganzei erhalten geblieben. In solchem Zustande haben selbst regelmäßige Wehen und die Bauchpresse keinen Effekt auf den Fruchtkörper (Lahs). Dazu kam, dass Krampfwehen unausgesetzt vorhanden waren. Immerhin bedarf Verf. zu einer ausreichenden Klarstellung des merkwürdigen Geburtsmechanismus noch der Hypothese, dass das Placentargewebe, ohne anatomische Veränderungen aufzuweisen, besonders fest und widerstandsfähig gewesen wäre. — Eine andere Erklärung bietet sich in der Bayer'schen Theorie von der Entfaltung und Nichtentfaltung der Cervix bei Placenta praevia. Der vorliegende Fall wäre dann unter die einzureihen, bei denen nach Bayer keine Entfaltung der Cervix in der Schwangerschaft stattgefunden, keine Hypertrophie der Cervixmuskelfasern eingetreten wäre. In diesen pathologischen Fällen ohne Schwangerschaftsblutungen bildet sich kein unteres Segment, und es kommt zu einer spastischen Striktur des inneren Muttermundes am unteren Eipole, wenn Krampfwehen oder Tetanus uteri eintreten. Die klinischen und zum Theil auch die anatomischen Erscheinungen des betrachteten Falles entsprechen den Bayer'schen Kriterien. Man kann sich vorstellen, dass die kontraktionsfähigen Muskelfasern des Uterus bis an den herabgezogenen Schenkel des Kindes reichen und durch ihre spastische Zusammenziehung dem Zuge des Geburtshelfers dauernden Widerstand entgegensetzen. Erst mit der Narkose wird dieses Hindernis beseitigt. Unter kräftigen Wehen tritt die Ausstoßung des sich als Ganzei verhaltenden Eies ein.

4) Weindler. Zur Diagnose der frühzeitigen Extra-uterin-Gravidität mit Hilfe der Menstruationskurven.

Abgesehen vom Tastbefunde und der Anamnese sollen für die Diagnose Extrauterin-Gravidität die Menstruationsverhältnisse genau berücksichtigt werden. W. empfiehlt hierfür die von Kaltenbach zuerst angeregte und von Leopold in der Dresdener Klinik seit langer Zeit gehandhabte Aufzeichnung dieser Blutungsanomalien in Kurven, von denen er 17 im Texte vorführt. Unter den 50 letzten von Leopold operirten Fällen wurde in 39 an der Hand der Kurven der Nachweis der extra-uterinen Insertion des Eies erbracht. In den übrigen 11 Fällen wurden zunächst andere Erkrankungen ins Auge gefasst, da durch chronische

Krankheitsprocesse der typische Befund an den Organen und der Menstruationskurve verwischt war. Im Vordergrunde des Interesses stehen die Kurven der ersten Monate, wo nur unsichere Schwangerschaftszeichen vorhanden sind und die Exploration unzureichende Resultate ergiebt. Von den 18 Fällen der erstmonatlichen Graviditäten zeigt eine Kategorie, dass zur richtigen Zeit eine unregelmäßig fortdauernde Blutung eintritt, eine andere, dass diese Blutung noch vor dem regelmäßigen Termine erscheint. In beiden keine Cessatio mensium, auf die oft so großes Gewicht gelegt wird.

Ferner sollen hier noch die 3 Fälle erwähnt werden, bei denen die Menses in nahezu typischer Weise verliefen. Doch finden wir bei genauerer Betrachtung der Kurve, dass nach dem Eintritte des tubaren Abortes die Menstruation kopiöser und schmerzhaft wird. Auf diese ziehenden, kolikartigen Schmerzen, die mit der reichlicheren Menstruation verknüpft sind, ist besonders Acht zu geben. Sie ermöglichen die Diagnose des tubaren Abortes in schwer zu deutenden Fällen, bevor es noch zur Katastrophe der Ruptur gekommen ist.

5) Agnes v. Babo. Über intra-ovarielle Bildung mesonephritischer Adenomyome und Cystadenomyome.

v. B. untersuchte im Laboratorium der L. Landau'schen Klinik mit Unterstützung von L. Pick einen bereits in Virchow's Archiv veröffentlichten Fall von kleincystischer Entartung des Eierstockes, dessen Cysten auch von Ribbert, welcher ursprünglicher Untersucher war, aus intra-ovariellen Resten der Urniere hergeleitet worden waren.

Während v. Franqué und S. Neumann nur in der Lage waren, bei der Erwachsenen Urnierenbestandtheile intra-ovariell nachzuweisen, liegt die besondere Bedeutung des beschriebenen Falles darin, dass diese mesonephritischen Bestandtheile eine lebhafte Wucherung eingegangen waren und in morphologischer Hinsicht völlig den geschlossenen Ordnungen der v. Recklinghausen'schen Adenomyome entsprechen, sowohl in Bezug auf die Epithelformation, als auch der Produktion cytogenen Bindegewebes. v. B. bildet kammförmige Sammelröhren mit Hauptampulle und Endkolben ab und auch eine der von L. Pick als charakteristisch beschriebenen, fortgesetzt dichotomisch verzweigten Röhren. Die Betheiligung muskulärer Elemente in dem gleichzeitig beschriebenen Russel'schen Falle dürfte auf die glatten Muskelzellen der Markschicht des Eierstockes zurückzuführen sein.

6) Strassmann. Über Embryoma ovarii.

Nach einem in der Gesellschaft der Charitéärzte zu Berlin gehaltenen Vortrage giebt S. einen Überblick über den heutigen Stand unserer Kenntnisse von dem nach Wilms benannten Fibroma ovarii. Zu seinen statistischen Angaben benutzt er das Material der Gusserow'schen Klinik, resp. 36 Fälle, die 1889—1898 daselbst operirt wurden. Wesentlich Neues finden wir in des Verf. Angaben nicht, er geht jedoch genauer auf die Beziehungen der Embryome zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ein und hebt manches Symptom aus den klinischen Erscheinungen hervor, das bis jetzt zu wenig Beachtung fand. So weist er auf die Menorrhagien und Metrorrhagien hin, die fast regelmäßig beobachtet werden, und auf die Schmerzhaftigkeit, welche schon von walnussgroßen Tumoren hervorgebracht wird. Die hauptsächlichsten Beziehungen zur Gestation sind in folgenden Sätzen zusammengefasst: Embryome finden sich auch bei Nulliparen. Frauen mit Embryomen koncipiren häufig, selbst bei doppelseitiger Eierstockserkrankung. Das Wachsthum der Embryome wird durch die Schwangerschaft gesteigert. Embryome stehen häufig in Beziehung zu Aborten. Im Wochenbette bestehen außer der Stieltorsion die Gefahren der puerperalen Vereiterung und Verjauchung. Embryome machen sich häufig nach Entleerung des Uterus bemerkbar. Man operirt daher oft bei Frauen, deren letzte Gravidität nur kurze Zeit zurückliegt. Die Aussichten der Therapie liegen in frühzeitiger Diagnose und Operation. Besonders soll man sein Augenmerk auf solche Frauen richten, die abortirt haben, und solche, die im Wochenbette aus unerklärter Ursache fiebern. Da das Embryom

eine gutartige Geschwulst ist, wird man bei der Operation in geeigneten Fällen konservativ verfahren und den anderen Eierstock oder auch den Rest des erkrankten erhalten können.

7) **Wertheim. Zur Frage der Radikaloperation beim Uteruskrebs.**

Mit dieser Arbeit liefert uns W. einen bedeutungsvollen Beitrag zu der brennenden Tagesfrage der abdominalen Radikaloperation des Uteruskrebses. W. ist in der Lage, eine Serie von 29 Fällen aus seinem Krankenhause (Bettina-Stiftung) zu veröffentlichen, bei denen er hinter einander und unterschiedslos methodisch diese Operation ausgeübt hat. Zu jeder der Krankengeschichten bringt uns Verf. eine Skizze des zugehörigen Präparates und außerdem ein Schema, in welches der so wichtige Drüsenbefund außer dem primären Krebsherde eingezeichnet ist.

Die exstirpirten Drüsen wurden einer einwandsfreien histologischen Untersuchung in Serienschnitten unterzogen, die uns hauptsächlich auf die bisher noch ungeklärte Frage Bescheid giebt, zu welchem Zeitpunkte sich im Verlaufe der Krebserkrankung die Infektion der regionären Drüsen vollzieht.

In 11 von 29 Fällen waren carcinomatöse Drüsen vorhanden, und in 10 von 27 Fällen von Collumcarcinom. Werden 5 sehr weit vorgeschrittene Fälle ausgeschaltet, so verbleiben 22 Fälle, unter denen 5mal Drüsenerkrankungen konstatirt wurden, oder in 22%. Unter diesen 5 Fällen befinden sich 2, in denen die Krankeit ganz im Beginne war. Andererseits fanden sich sehr weit vorgeschrittene Uteruscarcinome frei von Drüseninfektion. Es besteht also, wie schon von Anderen betont, eine große Inkonstanz der Drüsenbefunde. Einzelne Drüsen konnten erst durch das Mikroskop als carcinomatös konstatirt werden. Manche wurden bei der Operation erst gefunden, wenn das Peritoneum über den großen Gefäßen gespalten und diese von der Umgebung isolirt waren. Bei vollkommen weichem und dehnbarem Parametrium waren inficirte Drüsen vorhanden, bei starrem und infiltrirtem waren die zugehörigen Drüsen frei. Auch diese Infiltration erwies sich als trügerisch für die Frage des Vordringens der Krankheit. In Serienschnitte zerlegt, zeigten sich manche derselben frei, und umgekehrt konnte Carcinom in Parametrien von scheinbar normaler Beschaffenheit nachgewiesen werden. Vom theoretischen Standpunkte aus erscheint demnach die Forderung wohl berechtigt, in jedem Falle von Uteruskrebs die regionären Lymphdrüsen und die Parametrien mit zu exstirpiren.

W. hatte unter 29 Operationen 11 Todesfälle zu verzeichnen; doch werden sich diese Operationserfolge mit der Technik bessern, die bereits so weit vorgeschritten war, dass die letzten Operationen in $^5/_4$—$1^1/_2$ Stunden vollendet waren während die ersten 2—3 Stunden in Anspruch genommen hatten. Besondere Schwierigkeiten bereitet die Exstirpation der Drüsen dann, wenn sie an den großen Venen lagern oder mit ihnen verwachsen sind. In einem Falle wurde die Vena hypogastrica angerissen, in einem anderen nach Unterbindung im Schenkeldreieck ein Stück der Vena iliaca ext. sammt der carcinomatösen Drüse resecirt. Betreffs der präventiven Ligatur der Art. hypogastrica machte W. dieselbe Erfahrung wie König, dass trotz doppelter Ligatur derselben die Uterina spritzt. Meistens wurde der Ureter zuerst präparirt und die Drüsen erst nach der Uterusexstirpation entfernt; die Uterina meist an der Kreuzungsstelle mit dem lospräparirten Ureter und nach Abschiebung der Blase unterbunden. Bei entzündlicher Infiltration in der Umgebung derselben ist die Ausschälung auch möglich, doch öfter von Ernährungsstörungen mit consecutiver Nekrose und Fistelbildung gefolgt. W. wirft daher die Frage auf, ob es in solchen Fällen nicht besser wäre, die Resektion und vesicale Implantation des Ureters vorzunehmen, die in der Regel von sicherem Erfolge ist. Die histologische Untersuchung in einem solchen Falle zeigte übrigens, dass die Ureterwandung trotz Umwucherung mit Carcinom frei geblieben war. Ein bedeutender Fortschritt in der Technik ist jedenfalls die im Zusammenhange mit der Gebärmutter ausgeführte abdominale Exstirpation der Scheide ohne Eröffnung derselben. Nach subperitonealer Versenkung des Uterus und Schluss der Bauchdecken wird von der Vulva aus im unteren Drittel die Vagina um-

schnitten und der allseitig losgelöste Geburtsschlauch herausgezogen. Eine Infektion ist auf diese Weise fast ausgeschlossen und die präliminare, oft lange Zeit in Anspruch nehmende Desinfektion und Exkochleation des Carcinoms unnöthig. Erst vor der vaginalen Nachoperation wird die Desinfektion vorgenommen.

W. fühlt sich wohl ermuthigt, auf dem begonnenen Wege fortzuschreiten, doch glaubt er nicht, dass die Augenblickserfolge bei dieser eingreifenden Operation so gut werden können, wie auf vaginalem Wege. Über die Dauerresultate ist noch nichts zu sagen. Jedenfalls soll man sich von dem lokalen Befunde bei Carcinoma uteri für die Indikationsstellung nicht mehr so beeinflussen lassen wie bisher; er verliert durch die Erfahrungen W.'s u. A. seine ausschlaggebende Bedeutung, während mehr der allgemeine Kräftezustand und die Qualität der Herzaktion in Rechnung zu ziehen ist. **Courant** (Breslau).

Verschiedenes.

6) **Langemak** (Rostock). Zur Kasuistik der Darmlipome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Invagination durch ein submuköses Darmlipom am Coecum nahe der Valvula ileo-coecalis. Der so entstandene Tumor wird wegen der Schwellung der benachbarten Mesenterialdrüsen für bösartig gehalten und mit dem größten Theile des Invaginatum entfernt. **Calmann** (Hamburg).

7) **Lucksch.** Über einen neuen Fall von weit entwickeltem Hermaphroditismus spurius masculinus internus bei einem 45jährigen Individuum.

(Neue Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. N. F. Bd. I. No. 7.)

45jähriger Pflasterer stark geisteskrank in der Irrenabtheilung von Dr. Stransky am 6. Oktober 1899, nachdem er daselbst am 13. April 1880 wegen Verfolgungswahn aufgenommen worden war. Damals konstatirte man linkerseits einen kleinen Hoden und einen Leistenbruch, rechterseits war kein Hoden zu tasten. Absoluter Mangel von Erektionen, Schmerzen in der linken Seite. 26. Oktober 1880 entlassen, 1889 wieder aufgenommen, verblieb Pat. 10 Jahre in der Anstalt, Tod an Tuberkulose. Leiche 173 cm lang von männlichem Aussehen, starkem Knochenbau, schwach entwickelter Muskulatur. Rechte Brust weiblich gebildet, linke männlich. Gesichtsbehaarung männlich. Äußere Geschlechtstheile männlich, aber Scrotum leer. Prostata vorhanden mit Caput gallinaginis von normaler Größe. Penis mit 3 Schwellkörpern, Cowper'sche Drüsen normal. Hinter der Prostata lag ein dieselbe um 10 cm überragender Uterus, der auch den Scheitel der Harnblase um 1 cm überragte: Corpus 1,5 cm breit, 0,5 cm dick mit 2 Uterushörnern von $1/2$ cm Länge. Cavum uteri vorhanden; rechte Tube 7,5 cm lang mit Fimbrien am Ostium, linke Tube 11 cm lang, fimbrienlos und mit ihrem Mittelstücke in den linksseitigen Leistenbruch hineingezogen, eben so fand sich hier ein Lig. rotundum. Der Leistenkanal ließ den kleinen Finger eindringen. Das rechte Lig. rotundum trat in einen 6 cm langen und 1 cm breiten Leistenbruch ein. Die Hoden lagen an Stelle der Ovarien, der rechte $3^1/_2$, 2 und 1 cm in den Durchmessern, der linke 4, 3 und 2 cm messend. Beide Vasa deferentia traten in das Myometrium ein. Das linke Vas deferens war in einer Ausdehnung von 4 cm in den linken Leistenkanal hineingedrängt, der hinteren Bruchsackwand anliegend. Die Vasa deferentia mündeten oben an den Hoden, unten gingen sie in die Samenblasen über, die oberhalb der Prostata auf der Rückwand vom Uterus, seitlich von der Scheide lagen. Die 3 Öffnungen in Capite gallinaginis ließen Sonden ein in die Vagina und die Ductus ejaculatorii. Hoden in der Entwicklung etwas zurückgeblieben, Nebenhoden vorhanden, beide Tuben viabel, von normalem Bau. Der Uteruskörper zeigte im Querschnitte das Lumen der Uterushöhle und jederseits davon das Lumen eines Vas deferens. Auf dem Querschnitte der Prostata — entsprechend dem Lumen

der Scheide und jederseits eines Ductus ejaculatorius keine Spermatozoiden gefunden, Cowper'sche Drüsen normal.

Lucksch, der die Sektion vollzog, hat eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung geliefert. (Nach den Untersuchungen des Ref. sind die Beobachtungen von mehr oder weniger hochgradig entwickeltem Uterus ganz bedeutend zahlreicher, als gemeinhin angenommen wird, was um so interessanter ist, als es Thiere giebt, bei denen das Männchen normalerweise Uterus und Vagina besitzt.)

F. Neugebauer (Warschau).

8) **Martin** (Philadelphia). Beiderseitige interstitielle Mastitis, behandelt mit Operation.

(Therapeutic gazette 1899. November 15.)

Bei einer 38 Jahre alten Lehrerin trat erst in der einen, dann in der anderen Brust unter heftigen lancinirenden Schmerzen, welche zur Menstruationszeit zunahmen und den allgemeinen Kräftezustand stark beeinträchtigten, eine gleichmäßige Verhärtung ohne jede Knotenbildung auf. Die Achseldrüsen waren nicht verdickt und schmerzhaft. Heilung wurde erst durch Amputation beider Brüste erreicht; der Vorsicht halber wurden die Achseldrüsen auch entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur Verdickung des interstitiellen Bindegewebes. Die Ätiologie blieb unklar, Trauma wurde ausgeschlossen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

9) **Stone** (Washington). Eine verbesserte Operationsmethode bei Prolaps der Gebärmutter und Blase.

(Amer. gynaecol. and obstetr. journ. 1900. Januar.)

Selbst wenn durch eine der gebräuchlichen Methoden die Stellung der Gebärmutter verbessert ist, bleibt doch die Dehnung des Zellgewebes, der peritonealen Anheftungen und der Fascien bestehen, welche die Ausbildung einer Cystocele ermöglicht hat. Daher stellt sie sich auch immer wieder ein, und Misserfolge sind nur allzu häufig. Auch die Kolporrhaphie ist keineswegs immer im Stande, dies zu vermeiden, wenn sie in der gewöhnlichen Weise ausgeführt wird, vielmehr bedarf es nicht nur einer Verengerung, sondern auch einer Verkürzung der Scheide. Zu dem Behufe beginnt man mit einem halbmondförmigen Schnitte, wie bei der vaginalen Hysterektomie. Die Harnblase wird von Gebärmutter und breiten Bändern abgelöst und so hoch als möglich, thunlichst an dem Ansatze der breiten Bänder an die rauhe Vorderfläche der Gebärmutter angeheftet und die seitlichen Ränder des Einschnittes über sie hinweggezogen, was durch einige Ablösung der Lappen erleichtert wird; nöthigen Falls kann auch ein Theil der vorderen Muttermundslippe abgetragen werden. Auf diese Weise kann man alle Erschlaffung der Scheidenwand überwinden. Der nächste Schritt besteht in Eröffnung der Bauchhöhle und Annähen der Harnblase an die Vorderfläche der Gebärmutter nahe am Fundus, welche vorher angefrischt werden muss. Der Fundus selbst kann unmittelbar an den M. rectus angeheftet werden, oder bei jüngeren Frauen, die noch vielleicht Schwangerschaften durchzumachen haben, an das Peritoneum der Bauchwand. Bei mäßigem Grade der Cystocele kann Eröffnung der Bauchhöhle ganz unterbleiben, es genügt die Scheidenoperation allein. Zuweilen könnte man erwarten, dass die Ureteren verschoben oder in scharfem Winkel geknickt werden möchten. Dies kann man durch Hochziehen der Gebärmutter zugleich mit der Harnblase gut vermeiden. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

10) **Pryor** (New York). Krebs der Scheide.

(Med. record 1900. Mai 5.)

Der an sich seltene Krebs der Scheide pflegt von der hinteren Wand auszugehen und sich auf den Mastdarm, die übrige Scheide und die Gebärmutter auszudehnen. P. geht bei der Operation von dem Grundsatze aus, dass alle Nachbar organe mit zu entfernen sind, welche von derselben Gefäßgruppe ernährt werden.

Er wählt daher den Weg von den Bauchdecken her, unterbindet zunächst nach dem Einschnitte die Gefäße und Ligamente, löst die Harnblase von Gebärmutter und Scheide ab und entfernt letztere nebst dem ganzen Mastdarme. Schließlich wird die Art. obturatoria unterbunden, um einer raschen Herstellung des Kreislaufes vorzubeugen, und ein künstlicher After an seinem natürlichen Sitze gebildet. Es muss besonders darauf geachtet werden, dass der Mastdarm weit oben an der Flexur und die ganze Scheide ausgeschnitten werden. Die meist gebräuchliche Olshausen'sche Methode hält P. für ganz unzureichend. Die Krebsmassen selbst werden mit dem Paquelin verkohlt. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

11) Talmey (New York). Chorionepithel und Decidua bei Tubenschwangerschaft.

(Med. record 1900. März 17.)

F. untersuchte in Ribbert's Laboratorium zu Zürich die inneren Geschlechtsorgane einer Frau, welche am Ende einer Tubenschwangerschaft operirt worden war, ein lebendes Kind war extrahirt worden. Der linke Eileiter war 4 cm von seiner uterinen Öffnung entfernt zu einem 20 cm langen Sacke von 35 cm Umfang ausgedehnt, dessen ganze hintere Wand von der Placenta eingenommen war; die uterine Öffnung ist für keine Sonde durchgängig, an der Placentarstelle ist die Tubenwandung bis zu 0,5 mm Dicke verdünnt, wogegen sie im Übrigen 2 mm dick ist. Der linke Eierstock ist nicht zu erkennen, die Adnexe der rechten Seite sind normal, eben so die Gebärmutter selbst. Die in Alkohol erhärteten Organe werden mikroskopisch untersucht. Es findet sich zunächst, dass an der Hyperplasie der Tubenwandung nur das Bindegewebe, nicht die Muskelschicht theilgenommen hat, letztere ist ganz verschwunden. An der Placentarstelle ist die Wand dünner als normal und besteht allein aus verdickter Serosa nebst einer Lage Fibrin ohne Muskelelemente. Die wachsende Placenta hat denselben Einfluss auf die Tube, wie ein bösartiges Gewächs. Nirgends fanden sich Deciduazellen. Das Stroma der Chorionzotten und ihre Bedeckung hatten ihre Zellelemente gänzlich eingebüßt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

12) Godart. Pyometra in Folge von Cervicalatresie bei einer Virgo.

(Policlinique 1900. No. 17.)

Am häufigsten entsteht Pyometra bei Uteruscarcinomen und verursacht hier oft Schwellungen der zugehörigen Lymphdrüsen, die nur entzündlicher Natur und nicht Krebsmetastasen sind. In dem beobachteten Falle handelte es sich um eine 31jährige Virgo, die stets gesund gewesen war, aber noch nie menstruirt hatte und nur alle 4 Wochen Schmerzen im Unterleibe empfand. Seit 3 Jahren war der Leib angeschwollen, und die Schmerzen hatten zugenommen. Der Uterus war in der Größe eines 4 Monate schwangeren median zu fühlen, das Hymen intakt, keine Spur einer Cervix zu tasten. Man glaubte eine Hämatometra vor sich zu haben, erweiterte die Vagina und sah in der Cervixgegend bei äußerem Drucke auf den Tumor einen Eitertropfen austreten. Die kleine Öffnung wurde mit der Schere vergrößert, dann mit dem Finger dilatirt, und nun entleerte sich 1 Liter Eiter, der Bacterium coli enthielt. Nach geeigneter Behandlung nahm die Heilung ungestörten Verlauf, als am 5. Tage eine Psychose auftrat, die Verlegung auf die Irrenabtheilung nöthig machte.

Wahrscheinlich hat es sich ursprünglich um Hämatometra gehandelt; durch die große Spannung bildete sich eine Fistel nach der Vagina, und von hier aus entstand die Infektion. Die Ursache der Atresie ist unklar.

Witthauer (Halle a/S.).

13) Neuman. Über die Behandlung der mechanischen Dysmenorrhoe.

(Hygiea 1900. Oktober.)

Verf. spricht über die mechanische Dysmenorrhoe, die er als von einer Stenose im Cervicalkanale veranlasst betrachtet. Die Stenose kann von Anfang an be-

stehen oder später erworben sein. Zu seinem Verfahren wurde Verf. veranlasst, als er Sänger mit Glaskanülen arbeiten sah, die er in die dilatirte Cervix hineinlegte und dort während 10 Tagen liegen ließ. Verf. hat das Verfahren so modificirt, dass er nach vorhergehender Dilatation mit Laminaria und Hegar'schen Dilatatoren eine Glaskanüle einlegt, die er mit 2 Seidenfäden an den seitlichen Cervixwänden fixirt. Er hat 20 Fälle behandelt, 3 mit erworbener Stenose (2 Heilungen) und 17 »kongenitale«. In 12 Fällen dauernde Heilung, 2 Besserungen und 3 Recidive. 2 von diesen Recidiven sollen nicht der Methode zur Last fallen, sondern darauf beruhen, dass die Kanüle nicht genügend fixirt wurde und bald wieder herausglitt. **E. Essen-Möller** (Lund).

14) **K. Walter.** Cancer ovarii bei einem 11jährigen Mädchen.

(Hygiea 1900. Oktober.)

11jähriges Mädchen. Seit März brauner Ausfluss aus den Genitalien. Seit August zunehmende Größe des Bauches. Jetziger Bauchumfang 78 cm (Nabelhöhe). Der Tumor erinnert an einen graviden Uterus. Die Möglichkeit eines Verdachtes von Gravidität war noch mehr dadurch berechtigt, dass die Auskultation »Uteringeräusche« ergiebt, dass ferner bei der inneren Untersuchung (die Vagina leicht für 2 Finger zugängig) ein ballotirender Theil wahrgenommen wird, und dass die Brüste Milch enthalten. (Stattgehabter Coitus wird behauptet.) Da der Uterus von normaler Größe nach hinten liegend nachgewiesen wird, wird die Diagnose auf Cancer ovarii gestellt. Operation. Tumor geht vom rechten Ovarium aus, ist in mehrere Abtheilungen getheilt und von milzähnlicher Farbe. Mikroskopische Untersuchung wird nicht erwähnt. Späteres Befinden der Pat. gut.

E. Essen-Möller (Lund).

15) **Anschütz** (Breslau). Ein Beitrag zur Lehre von der Jodoformvergiftung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Nach Einspritzung von 100 ccm 10%igen Jodoformglycerins in einen kalten Abscess ging die Pat., die frühere Einspritzungen gut überstanden hatte, an Jodoformintoxikation zu Grunde. Bemerkenswerth war allgemeine Acne neben Conjunctivitis, Stomatitis und Rhinitis, so dass man schweren Jodismus neben der Jodoformwirkung annehmen musste. **Calmann** (Hamburg).

16) **Zimmermann** (Zürich). Über Operation und Erfolge der Dickdarmresektion wegen Carcinom.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 2.)

Technik der Operation: Trockene Asepsis, Äther-Morphiumnarkose. Bauchschnitt über dem Tumor; wenn dieser nicht gefühlt wird, in der Medianlinie. Mobilisation des erkrankten Theiles. Abklemmung des zu- und abführenden Darmes durch Kompressarien, schrittweise Durchtrennung des Mesenteriums, feste Abklemmung des ergriffenen Darmstückes und Durchschneidung hart an den Klemmen. Direkte Vereinigung der beiden Darmstümpfe durch Aneinanderbringen in axialer Richtung, oder bei verschiedenen Lichtungen durch seitliche Implantation; durchgreifende und seröse fortlaufende Seidennähte. Verschluss der Bauchwunde ohne Drainage.

Von 36 Fällen sind 12 radikal operirt mit 6 Todesfällen. 1 Todesfall durch senilen Marasmus. 5 Operirte sind gesund, und zwar einer bereits 14 Jahre, die übrigen zwischen 2½ Jahren und 5 Monaten. **Calmann** (Hamburg).

17) **Seitz.** Über primäres Scheidensarkom Erwachsener (Lymphendothelioma).

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 280. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

Die Beobachtung betrifft eine 41jährige Frau, die seit 3 Wochen über starke Blutungen, seit 4 Wochen über übelriechenden Ausfluss und Urinbeschwerden

klagte. Direkt hinter dem Introitus vaginae an der hinteren Wand, in der Medianlinie findet sich eine fast die ganze Länge der Vagina einnehmende, mehrere Centimeter breite, derbe, in den Mittelpartien leicht blutende, bröckelige Infiltration mit weicher, zerklüfteter Oberfläche. Die Infiltration hat bereits das Septum rectovaginale ergriffen, das Rectum selbst ist noch intakt. Uterus und Adnexe sind vollkommen frei. In Folge des Objektivbefundes, der doppelseitigen metastatischen Leistendrüsenschwellungen und des schlechten Kräftezustandes der Pat. konnte an eine Radikaloperation nicht mehr gedacht werden. Es wird desshalb die Neubildung mit Messer und Löffel nach Möglichkeit abgetragen und mit dem Thermokauter verschorft. Danach sind Blutungen nicht mehr erfolgt, die Drüsenschwellungen nahmen aber zu, und der Ausfluss stellte sich wieder ein. Weiteres Schicksal unbekannt. — Nach der mikroskopischen Untersuchung handelte es sich um eine bindegewebige Neubildung, bei der die spindeligen Geschwulstzellen auf eine Proliferation der Lymphgefäßendothelien zurückführbar sind, also um ein Lymphendothelioma sarcomatodes, und zwar um ein primäres.

Aus der Litteratur ergiebt sich, dass in der Scheide die häufigste Form bis jetzt das Spindelzellensarkom ist, dann kommt das Rundzellensarkom; gleich verhalten sich das gemischtzellige, so wie das Myxo- und Angiosarkom. Am seltensten sind Riesenzellen-, melanotische, Fibro- und kleinzellige Sarkome. Die durchschnittliche Krankheitsdauer, gerechnet von dem Bekanntwerden der ersten deutlichen Symptome, beträgt 10 Monate. Die Diagnose ist nur durch das Mikroskop zu stellen; die circumscripte Form der Vaginalsarkome bei Erwachsenen kann verwechselt werden mit Fibrom, Fibromyom, Cyste; die ulcerative, diffuse Form mit Carcinom, tuberkulösem oder luetischem Geschwür. Die Prognose ist schlecht, nur 3 Frauen blieben bisher geheilt. Therapeutisch kommt nur Operation in Frage, nämlich die Exstirpation der Vagina vom Damme her oder die parasacrale Methode, doch sind die meisten Fälle bei der 1. Untersuchung schon inoperabel.

Witthauer (Halle a/S.).

18) **Evans** (Montreal). Über die Ätiologie der Übelkeit und des Erbrechens in der Schwangerschaft.

(Amer. gyn. and obstetr. journ. 1900. Januar.)

E. findet, dass sich ein gewisser Rhythmus in den Anfällen von Übelkeit und Erbrechen bei Schwangeren auffinden lässt. Die Ursache muss also gleichfalls einen rhythmischen Typus haben. Dies ist der Fall mit den Gebärmutterkontraktionen, welche während der Schwangerschaft auftreten. Daraus schließt E., dass diese Kontraktionen reflektorisch die Nausea herbeiführen. Gestützt wird diese Theorie noch durch die Erfahrung, dass in der Ruhe weniger, in der Bewegung mehr Übelkeit auftritt, z. B. beim Aufstehen am Morgen. Auch die Bewegung ruft aber Uteruskontraktionen hervor, und deren Folge würden also die Übelkeiten sein. Wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass diese Theorie viel für sich hat, so bleibt immerhin doch noch schwierig zu erklären, wie diese Reflexeinwirkung der Uteruskontraktionen auf das Hirn oder die Magennerven zu Stande kommt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

19) **Burke** (New Haven, Conn.). Fruchtbarkeit.

(Med. record 1900. Juli 14.)

Am 23. Mai 1900 entband B. eine Frau von Drillingen, nachdem er sie am 1. Mai 1898 von Zwillingen entbunden hatte und 2 weitere einzelne Kinder schon vorher geboren worden waren. 10 Monate ehe die Drillinge und gleichfalls 10 Monate ehe die Zwillinge geboren waren, hatte die Frau noch je einen Abort im 5. Monate gehabt. Alles dies spielte sich innerhalb 6 Jahren und 1 Monat ab. Von den 7 reifen Früchten blieben nur 3 am Leben. Die Mutter der Frau hatte einschließlich eines Zwillingspaares 8, die Großmutter 11 Kinder.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

20) **W. Bovée** (Washington). Arhythmia cordis bei Uterusfibrom.
(Med. record 1900. Juni 9.)

B. beobachtete eine erhebliche Unregelmäßigkeit der Hersthätigkeit bei einer Frau mit Uterusfibrom. Er glaubt, dass dieselbe »nervösen« Ursprunges gewesen sei, da sie während der Narkose verschwand, in der Rekonvalescens aber wiederkehrte. Ein Herzfehler lag jedenfalls nicht vor. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

21) **C. Noble** (Philadelphia). Rapport des Kensingtonhospitals für Frauen in Philadelphia für das Jahr vom 10. Oktober 1898 bis 9. Oktober 1899.
(Separat-Druck.)

Unter den 402 kranken Frauen, welche im Berichtsjahre im Hospitale selbst aufgenommen wurden, zeigte sich bei 190 die Nothwendigkeit, die Bauchhöhle zu eröffnen, um eine Geschwulst zu beseitigen oder eine andere Krankheit der Beckenorgane zu behandeln. 18 dieser Operirten litten an verschiedenen anderen Krankheiten: Hernien, Appendicitis u. dgl., dagegen wurden 172 wegen Erkrankungen der Genitalorgane operirt. Von ersteren starben 6 = 33,3%, von letzteren gleichfalls 6 = 3,5%.

Außer den 190 Köliotomien sind noch 480 andere Operationen mit 2 Todesfällen ausgeführt worden, zu einem großen Theil auch an den 290 poliklinisch behandelten Kranken. Im Ganzen sind demnach behandelt worden 692 Kranke, an denen 670 kleinere oder größere Operationen vorgenommen wurden. Der Bericht ist bestimmt, den alten Freunden der Anstalt Rechenschaft abzulegen und ihr neue Freunde zu werben, und enthält demgemäß auch Pläne und Abbildungen der Räume.
Lühe (Königsberg i/Pr.).

22) **J. Galvani** (Athen). Das schmerzhafte Uterusfibromyom.
(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 3.)

4 hierher gehörige Fälle werden mitgetheilt. G. zieht folgende Schlussfolgerungen: Wenn auch »Schmerzen« beim Uterusfibromyom gewöhnlich keine Rolle spielen, so können sie dennoch in seltenen Fällen in solcher Intensität auftreten, dass sie allein zur Operation drängen.

Die Schmerzen können auftreten, ohne dass eine pathologische Alteration des Myoms nachzuweisen wäre; in anderen Fällen, und wahrscheinlich in der Mehrzahl derselben, können die starken Beschwerden auf Adnexerkrankungen zurückgeführt werden, und zwar ganz besonders häufig auf eine Salpingitis.
Beuttner (Genf).

23) **A. Zimmern** (Paris). Behandlung der Fibrome vermittels der Elektricität. Misserfolge und Gefahren. Indikationen und Gegenanzeigen.
(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 3.)

Die Arbeit bildet den Schluss einer Serie von 3 Publikationen, von denen 2 bereits referirt wurden. (Revue No. 1 u. 2.)

Es wird zuerst auf die Misserfolge und Gefahren der elektrischen Behandlung eingegangen; die kapilläre Galvanopunktur wird warm empfohlen; folgt eine Besprechung der Indikationen und Gegenanzeigen; zuletzt wird noch auf die Faradisation eingegangen. **Beuttner** (Genf).

24) **F. Legueu** und **C. Cabaniols** (Paris). Zur Pathogenie der Tubo-Ovarialcysten.
(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 3.)

Es handelt sich um eine gedrängte, sehr lesenswerthe Arbeit, der 2 instruktive Abbildungen beigegeben sind. Die Tubo-Ovarialcysten sind sehr selten; nichtsdestoweniger konnten L. und C. an 2 Kranken 3 solcher Geschwülste beobachten.

Pathologische Anatomie: 1) Tube; sie ist immer in die Länge gezogen. a. Die Tube ist normal, nur das Kaliber derselben ist vergrößert. b. Die Tube ist verändert. Hydrosalpinx.

2) Ovarialschnitt. Die Cysten sind immer mukoider Natur; man kennt keinen einzigen Fall von einer dermoiden Tubo-Ovarialgeschwulst.

3) Kommunikationsöffnung; sehr oft kann man den Daumen oder den Zeigefinger durchführen; die Tube schließt nicht mit der Kommunikationsöffnung ab, sondern geht auf die Innenfläche (Fransen) der Cyste über.

Pathogenie: Warum und wie kommt die Kommunikation der Tube mit der Ovarialcyste zu Stande? Zahn suchte diese Kommunikation der Tube mit der Cyste in Frage zu stellen, indem er eine Hydrosalpinx annahm. Die Zahn'sche Theorie kann keinenfalls acceptirt werden; nur die einfache Thatsache, dass sich in gewissen Fällen die Kommunikation mit der Tube viel anderswo als am Pavillon vollzieht, hätte Zahn darauf aufmerksam machen müssen, dass es sich um etwas anderes, als um eine Hydrosalpinx handle.

1) Kongenitale Theorie. Es handelt sich um nichts mehr als um eine Hypothese von Beaucamp.

2) Physiologische Theorie. Sie erklärt uns nicht die Anwesenheit von Fransen im Innern der Ovarialcyste.

3) Pathologische Theorie. Die meisten Autoren, u. A. Veit, Orthmann, Gottschalk, halten an einer anormalen accidentellen Kommunikation zwischen Cyste und Tube fest.

Mit Veit, Robinson, Griffith und Orthmann nehmen die Verff. an, dass die tubo-ovarielle Cyste herstammt: 1) von einer abnormalen Adhärenz, die sich zwischen dem Tubenpavillon und der Cystenoberfläche bildet, und 2) von einer Kommunikation, die sich an dieser Stelle durch Ruptur der Ovarialwand bildet; die Fransen des Pavillons können sich so auf der Innenfläche der Cystenwand ausbreiten.

1) Ovarialcysten, die mit eine Hydrosalpinx kommuniciren.

2) Ovarialcysten, die mit einer gesunden Tube kommuniciren.

Auch hier muss man an eine abgelaufene Entzündung denken, die nur die Fransen ergriffen hatte. **Beuttner** (Genf).

25) Brouha (Liége). Beitrag zum Studium der Endotheliome des Ovariums.

(Revue de gyn. et de chin. abdom. 1900. No. 3.)

Ein hierher gehöriger Fall wird sehr ausführlich mitgetheilt und an der Hand von 6 mikroskopischen Zeichnungen illustrirt. Es handelt sich um ein Dermoid, kombinirt mit einer Neubildung, die je nach der untersuchten Stelle das Bild eines Carcinoms oder eines Sarkoms giebt. Degeneration von Endothelien der Blut- und Lymphgefäße.

Verf. geht dann an der Hand von 36 citirten Arbeiten das ganze Gebiet der Endotheliome des Ovariums durch und acceptirt zum Schlusse die Eintheilung von Amann (lymphatische und vaskuläre Endotheliome), jedoch mit einer kleinen Modifikation.

Endotheliome

A. Mesenchymatische. B. Vaskuläre.

a) Endothelioma lymphaticum.

b) Peritheliome.

Beuttner (Genf).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. **Sonnabend, den 19. Januar.** **1901.**

Inhalt.

I.

Zur gynäkologischen Massage.

Von

R. Olshausen.

Seit dem Ende der achtziger Jahre sind eine große Anzahl Arbeiten erschienen, speciell auch von deutschen Autoren, welche die Behandlung der Massage in der Gynäkologie zum Gegenstand haben. In den meisten der Publikationen wird die Technik mit besonderer Ausführlichkeit behandelt; in einigen, unter denen die Arbeiten von Prochownik, Dührssen, E. Fränkel und Hertzsch besonders hervorzuheben sind, werden auch die Indikationen und Gefahren der Behandlungsweise mehr oder weniger ausführlich erörtert. Manche Autoren versuchen auch Erklärungen über die Wirkungsweise der Massage bei gynäkologischen Erkrankungen zu geben.

Von verschiedenen Seiten sind wissenschaftliche Untersuchungen über die Wirkung der Massage angestellt worden, so von Bendix,

Bumm, Zabludowski, Maggiora u. A. Aus diesen Untersuchungen haben wir erfahren, dass an den massirten Stellen eine Steigerung der Wärme eintritt, dass der Blutdruck steigt, dass der massirte Theil an Volumen zunimmt, dass Diurese und Stoffwechsel sich vermehren, dass am Muskel die Resistenz vermehrt und die Ermüdung abgekürzt wird. Dass diese Ergebnisse für die meisten Indikationen, welche man für die gynäkologische Massage aufgestellt hat, keine Verwerthung finden können, wird sich bald ergeben. Dass ein stärkerer Blutzufluss zu den massirten Gebilden eintritt, welcher den Stoffwechsel örtlich steigert und dadurch pathologische Produkte resorbiren hilft, darf man allerdings annehmen. Wenn man aber so weit geht zu behaupten, wie es Thure Brandt gethan hat, und und wie ihm Viele nachgebetet haben, dass es eine zu- und ableitende Massage gäbe, so ist das nur noch ein wissenschaftlich sein sollender Deckmantel für Dinge, welche uns in ihrem Wesen noch völlig unklar sind. Wer von zuleitenden Massagebewegungen spricht, vergisst dabei, dass diejenige Richtung der Bewegung, welche den Zufluss des Blutes nach den Organen begünstigen könnte, also bei der gynäkologischen Massage durchschnittlich die Bewegung von der seitlichen Beckenwand zur Medianebene, gleichzeitig dem Lymphstrome entgegen wirken würde. Was also schließlich dabei herauskommt, und ob man den Blutzufluss befördern, den Lymphstrom zugleich dabei hemmen soll, oder umgekehrt, darüber sind die Autoren, welche diese Brandt'sche Ausdrucksweise adoptirt haben, sich wahrscheinlich selbst nicht klar. Und wenn Brandt bei Exsudaten die Lymphbahnen ihrem Verlaufe gemäß »oft bis zum Ductus thoracicus« (p. 53 seiner »Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten«) massiren will, so ist das nur eine der vielen Ungeheuerlichkeiten, von denen auf anatomischem und physiologischem Gebiete sein Buch wimmelt.

Über einen Gegenstand zu schreiben, welcher sich noch so wenig wissenschaftlich behandeln lässt, wie die gynäkologische Massage, muss meines Erachtens wissenschaftlichen Forschern wenig sympathisch sein und lässt sich nur dadurch rechtfertigen, dass therapeutische Maßnahmen eben häufig nur empirisch betrachtet werden können. Einige kurze Auslassungen, welche ich gelegentlich über den Gegenstand gethan habe, sind von verschiedenen Seiten angegriffen, zum Theil auch ganz falsch aufgefasst worden. So halte ich, theils um der Sache willen, theils in einer gewissen Pflicht der Selbstvertheidigung es für zweckmäßig, meine Anschauungen in dieser Materie, gegenüber fremden Auslassungen, richtig zu stellen und zu präcisiren.

Ich kann von vorn herein sagen, dass ich nicht ein absoluter Gegner der Massage bei gynäkologischen Leiden aller Art bin, dass ich dies Heilmittel, wenn auch in sehr beschränkter Weise, bei klinischen und Privatpat. zur Anwendung bringe. Dass aber noch heute, wie vor 10—12 Jahren schon, die Massage von manchen Seiten viel zu ausgedehnt angewandt wird, großentheils in Fällen, wo

sie ganz irrationell ist und unmöglich etwas nutzen kann, ja, dass bis jetzt in viel zahlreicheren Fällen durch die Massage geschadet als genützt wird, das ist meine Überzeugung heute, nach zahlreicherer Beobachtung anderswo massirter Kranker, noch weit mehr als früher.

Der Begriff des Wortes Massage ist allmählich weiter und weiter ausgedehnt worden. Man rechnet z. B. vielfach zur Massage die uns von Bernhard Schultze gelehrte Zerreißung peritonitischer Adhäsionen des retroflektirt liegenden Uterus. Diese Behandlungsweise halte ich für einzelne Fälle für berechtigt und erfolgreich. Sie passt aber nur für peritonitische Adhäsionen, besonders für längere strangförmige, weniger für flächenhafte, und sie passt nur in Fällen dünner Bauchdecken, welche eine genaue Abtastung der pathologischen Verhältnisse und eine gleich genaue Kontrolle unserer Manipulationen ermöglichen. In der Mehrzahl auch solcher Fälle ist der Versuch der vollkommenen Loslösung des Uterus aus seinen Adhäsionen mir fehlgeschlagen. Auch halte ich nach den von verschiedenen Seiten bekannt gegebenen Fällen, in denen innere Blutungen[1] und andere üble Folgen der Behandlung auf dem Fuße folgten, große Vorsicht immer für geboten, ein gewaltsames Vorgehen für unerlaubt; wie denn auch B. Schultze selbst verlangt, dass man sich in solchen Fällen stets zur Laparotomie bereit halte. Zur Massage kann man jedenfalls ein solches Verfahren eben so wenig rechnen, als der Chirurg ein Brisement forcé Massage nennen dürfte. Küstner stellt desshalb auch mit Recht die Ablösung der Adhäsionen nach dem Verfahren B. Schultze's in direkten Gegensatz zur Massage.

Noch eine andere Art manueller Behandlungsweise bei gynäkologischen Leiden muss von der Massage im engeren Sinne, als ganz verschieden wirkend, getrennt werden; ich meine die langsame Dehnung pathologischer Fixationen, die sog. Dehnungsmassage. Dieselbe ist zweifelsohne bisweilen nützlich und berechtigt; weniger, wie ich glaube, bei hinterer Fixation als bei seitlichen Verlagerungen des Uterus durch Verkürzung eines Lig. latum nach früherer Parametritis lateralis (»superior« oder »spermatica« nach Ziegenspeck's Ausdrucksweise).

Ganz reine solche Fälle sind freilich selten. Häufig sind Lateralposition — oder Version mit Retroversio oder mit Torsion, oder mit Beidem komplicirt. Wo aber die Lateralposition anatomisch die Hauptveränderung darstellt und entschieden pathologische Symptome bedingt, kann die Ausziehung der Adhäsionen rathsam sein. Als eine (oft einzige) Folge dieser Lageanomalie erwähne ich beiläufig Sterilität, gewöhnlich sekundäre. Eine einigermaßen erhebliche seit-

[1] Besonders interessant ist in dieser Beziehung der von Hertzsch mitgetheilte Fall, bei welchem die Laparotomie 2 Tassenköpfe Blut im Cavum Douglasii nachwies, nachdem vorher die Zerreißung von Adhäsionen versucht und auch theilweise gelungen war.

liche Entfernung der Portio vaginalis aus der Medianebene scheint schon allein die Konception verhindern zu können.

Die Ausziehung des verkürzten Lig. latum gelingt in Fällen, in denen man den Fundus uteri von außen gut und sicher umgreifen kann, bei gleichzeitigem Ziehen an der Portio vaginalis mit einem oder 2 Fingern nicht schlecht. Meistens sind die Verhältnisse allerdings mehr oder weniger komplicirt durch gleichzeitige Fixation des Uterus nach hinten oder durch Erkrankungen der Adnexa uteri.

Auch diese, eben gekennzeichnete Dehnungsmethode kann nicht zur Massage im engeren Sinne gerechnet werden. Wenn Ziegenspeck gerade auf die Kombination der Dehnung mit der eigentlichen Massage Werth legt, so mag er für die Fälle, wo alte parametritische Exsudate gleichzeitig bestehen, Recht haben. Die Zwecke beider Verfahren scheinen uns aber doch sehr verschieden zu sein.

Was wir recht eigentlich und im engeren Sinne Massage nennen können, sind drückende und reibende Bewegungen, die Pétrissage und Effleurage der Franzosen, wozu wir uns jetzt wenden. Auch das sog. »Mahlen« ist hierher zu rechnen. Endlich ist auch die sog. Lyftung Th. Brandt's, die der Erfinder mit der Massage eng zusammenfasst, zu erörtern.

Nur von diesen Behandlungsweisen soll das im Folgenden Gesagte gelten.

In einer kürzlich erschienenen Publikation spricht Oscar Piering sein Bedauern darüber aus, dass ich auf dem 7. Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie mich so entschieden gegen die Massage ausgesprochen habe. Piering übersieht dabei ganz, dass, was ich in Leipzig über die Massage sagte, sich nur auf die Anwendung derselben bei Retroflexio uteri bezog; denn das war ja allein das Thema der Diskussion.

Gerade die Massage, welche gegen Lageveränderungen des Uterus — Retroflexionen und Prolapsus — gerichtet ist, bekämpfe ich und leugne ihren Werth. Ist der Uterus fixirt, so lasse ich, wie ich weiter unten noch aus einander setzen werde, die Massagebehandlung gelten, welche gegen die Fixation gerichtet wird, wenn auch nur in beschränkter Weise. Gegen die Lageveränderung als solche, also gegen die Retroflexio uteri mobilis mit Massage zu Felde ziehen zu wollen, das heißt nach meinen Begriffen mit der Lanze gegen Windmühlen fechten. Ich will hier ausdrücklich hervorzuheben nicht unterlassen, dass auch ich frische Retroflexionen des puerperalen Uterus, d. h. solche, die höchstens einige Monate alt sind, gelegentlich durch manuale Reposition der Flexion und energisches Hineindrücken des erhobenen Uterus in die Anteflexionsstellung behandle und zwar mit Erfolg. Aber das ist natürlich keine Massage zu nennen, sondern nach dem modernen Ausdrucke höchstens eine Lyftung. Die Behandlungsweise ist aber weit älter als der Name dafür und die Thure Brandt'sche ganze Lehre. Diese Behandlung

frischer Retroflexionen haben wir schon vor etwa 30 Jahren gemacht, wenn auch wohl mit weniger Erfolg, weil Niemand damals schon in bimanualer Behandlung diejenige Übung hatte, wie sie heute jeder Gynäkologe hat.

Lassen wir die frischen auf solche Weise bisweilen heilbaren Retroflexionen bei Seite, so ist meiner Überzeugung nach mit Massage bei der unkomplicirten Retroflexio Nichts zu gewinnen und noch nie eine Retroflexio dadurch geheilt worden.

Die Litteratur weist ja freilich eine ganze Reihe auch solcher Fälle auf, die angeblich durch die Massage geheilt sind. Die von Profanter mitgetheilten Fälle z. B. beweisen sämmtlich keine Dauerheilung. Entweder wurde die Lage des Uterus überhaupt nicht normal, oder die Beobachtung der Kranken überdauerte die Behandlung nur wenige Tage (Fälle 6—11 und 16). Dass schließlich der prolabirte oder retrovertirte Uterus, wenn er täglich energisch reponirt wird, nun eine Zeit lang nicht mehr vorfällt, weil er durch das Verweilen innerhalb der Vagina ja auch schnell im Volumen und Gewicht reducirt wird, ist glaublich und natürlich. Dasselbe sieht man, wenn man Kranke mit Prolapsus uteri lediglich 8 Tage zu Bett bleiben lässt, auch.

Betrachtet man die von Prochownik mitgetheilten Fälle, so ergiebt sich, dass er von 137 mit Massage behandelten Fällen von Lageanomalie des Uterus nur bei 7 lediglich durch Massage eine Dauerheilung erreicht hat, in 2 Fällen, die besonders günstige Verhältnisse boten, sogar in staunenswerth kurzer Zeit. Prochownik sagt aber selbst, dass solche Fälle dauernden Erfolges sehr selten sind und dass für die auf Erschlaffung beruhenden Retroflexionen die Massage wenig leistet.

Die von Th. Brandt mitgetheilten Fälle beweisen gar nichts, da sie theils viel zu ungenau mitgetheilt sind, theils über die Heilungsdauer nichts verlautet. Eine Ausnahme machen nur 2 auf p. 3 mitgetheilte Fälle, in deren einem ein 27 Jahre bestehender Prolaps nach 14tägiger Behandlung mit Lenden-Kreuzklopfung und Massage dauernd (20 Jahr) geheilt blieb, während in dem anderen die dauernde Heilung brieflich versichert wurde.

Dass etwas Derartiges in Folge besonderer Verhältnisse wohl einmal vorkommen kann, habe ich selbst in einem Falle erfahren, in welchem die total prolabirte Gebärmutter nach der energisch ausgeführten Reposition nicht wieder vortrat, weil sich derweil ein subseröses Fibrom in die Beckenhöhle gesenkt hatte, welches dem Uterus den Weg verlegte.

Etwas Anderes ist es natürlich mit den Retroflexionen, welche durch Adhäsionen und Exsudate komplicirt sind. Hier sollen die Komplikationen mit Massage angegriffen werden. Hat dies Erfolg, so kann das natürlich auch die Lageanomalie beeinflussen. Auf diese Weise wird die Heilung des bei Prochownik p. 66 mitgetheilten Falles durchaus glaublich. Hier wurden die Exsudate zur

Resorption gebracht, wonach der retroflektirte Uterus in Anteflexion verblieb. Die von Dührssen mitgetheilten 6 Fälle (No. 8—13) geheilter Retroflexion sind ebenfalls Fälle mit Exsudaten, die freilich sämmtlich nach der Entlassung nicht lange beobachtet sind, so dass die Dauerheilung zweifelhaft bleibt. In den Fällen 14—17 von Dührssen, in denen der Uterus nicht fixirt war, konnte bei dreien die Massage keine normale Lage herstellen; in dem 4. Falle gelang dies sogleich. Es fand eine 9malige Massage statt. Wie es nachher mit der Lage des Uterus wurde, erfährt man nicht. Der Fall betraf übrigens eine Kranke, welche vor 4 Monaten abortirt hatte, wo ein dauerndes Resultat bei selbst nur einmaliger Reposition nicht zu den Unmöglichkeiten gehören mag.

In Fällen mit Exsudat mag also indirekt die Massage auch der Lageanomalie zu Gute kommen, die da ja auch in solchen Fällen sekundär und vor Allem ganz nebensächlich ist, so lange die Exsudate fortbestehen.

Die Erklärungen mancher Autoren für die Heilung der Lageanomalien durch Massage entsprechen dem eben Gesagten. So sagt Küstner, dass in seltenen Fällen Prolaps dauernd geheilt werden könne, und giebt die Erklärung, dass dies Fälle primärer Perimetritis posterior und Adhäsionsbildung seien mit sekundärer Retroversio oder Prolaps, wo die Muskulatur ihren Tonus behalten habe, so dass nach Beseitigung der Adhäsionen der Uterus wieder in der Lage gehalten werden kann.

Ähnlich erklärt Ziegenspeck die Wirkungsweise der Lyftung bei dem Prolaps. Ziegenspeck nimmt abweichend von der gewöhnlichen Ansicht, die B. Schultze begründet hat, nicht an, dass die Ligg. sacro-uterina für die Entstehung der Retroversio und des Prolapses eine so große Bedeutung haben. Er glaubt vielmehr, dass die Lyftung wesentlich wirke durch Trennung von Adhäsionen zwischen Uterus und Spinae o. ischium. So wenig dies unsere Ansicht ist, so stimmen wir doch Ziegenspeck gewiss in so fern bei, als bei fehlenden Verwachsungen die Lyftung eine alte Retroversio oder einen alten Prolapsus nicht anders als vorübergehend beseitigen kann.

Dass die Dehnung, wie Th. Brandt und Viele seiner Nachfolger behaupten, durch den auf die Muskeln ausgeübten Reiz dieselben zu nachhaltiger Kontraktion veranlassen könne, glaube wer will. Wir sagen im Gegentheile mit E. Fränkel (p. 112): »Ein Muskel, gleichviel ob quergestreift oder glatt, der jahrelang weit über das Maß seiner Elasticität hinaus dauernd gedehnt worden ist, kann nicht auf noch stärkere mechanische Dehnung und Auszerrung mit einer Kontraktion antworten; er wird überhaupt in den meisten Fällen so atrophirt sein, dass er dauernd funktionsunfähig bleibt.«

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass kein Jahr vergeht, in dem ich nicht viele Dutzende mit Massage behandelter Retroflexionen zur Untersuchung bekomme. Im Sommer und Herbst besonders kommen

aus einzelnen Badeorten zahllose derartige Fälle in meine Hände, die oft 6—7 Wochen lang, täglich, ja 2mal täglich, oft die Menstruationszeit nicht ausgenommen, massirt worden sind; und zwar meine ich Fälle, die von bekannter und geübter Hand behandelt wurden. Fast alle diese Kranken nehmen an, dass sie von ihrer Retroflexion geheilt sind, und wundern sich dann, dass die Beschwerden dieselben geblieben sind. Fast alle diese Kranken heben aber außerdem hervor, dass sie außerordentlich nervös durch die Behandlung geworden sind, und bei Vielen dauert es Monate und halbe Jahre, bevor sie sich von dieser Behandlung einigermaßen erholt haben. Und stets ergab die Untersuchung eine hochgradige Retroflexio, wie sie stärker wohl niemals gewesen sein konnte.

Macht man solche Erfahrungen zu Hunderten, immer in der gleichen Weise, so würde man den Glauben an die Heilung der Retroflexionen durch Massage verlieren müssen — wenn man ihn überhaupt je gehabt hätte. So aber ist die Erfahrung nur die praktische Bestätigung dessen, was die Überlegung schon voraussehen musste.

Übrigens haben sich in den letzten Jahren immer mehr Autoren dagegen ausgesprochen, dass Retroversio und Prolaps durch Massage heilbar seien. Dazu zählen auch Schüler von Th. Brandt, wie z. B. Hertzsch, ferner E. Fränkel, Sänger, O. Piering u. A.

Aber auch andere Indikationen, wie sie Brandt und manche seiner Nachfolger aufgestellt haben, sind der Vergessenheit anheimgefallen oder werden doch nicht mehr anerkannt. Dahin gehört die Endometritis, die freilich Piering noch aufführt, wobei er aber doch gesteht, dass die Sekretion oft nicht verschwindet. Hertzsch erwähnt diese Indikation in seinem sonst ausführlichen Vortrage gar nicht mehr, von der vor Jahren Arendt[2] noch meinte, wenn man die Massage nur versuche, so würde man auch Erfolge sehen. E. Fränkel meint dagegen, dass nur ein Laie wie Th. Brandt auf die Idee kommen konnte, dass eine Endometritis mit ihren anatomischen Veränderungen durch Massage ausheilen könne.

Von anderen aufgestellten Indikationen will ich 2 nur kurz berühren: Zunächst die Metritis chronica. Wenn man jede über die Norm hinausgehende Verdickung der Uteruswände, falls sie nicht durch Neubildung, sondern durch Hyperplasie der Gewebe bedingt ist, hierunter subsumiren will, so sind für die Massage auszuscheiden zunächst alle diejenigen Fälle, in denen diese Hyperplasie sekundär ist nach anderen Krankheiten des Uterus, nämlich bei Retroflexio und bei Myombildung.

Die bei Retroflexio bestehende Hyperplasie, welche am meisten immer die hintere Wand betrifft, bisweilen diese ausschließlich, heilt man am besten durch dauernde Behebung der Flexion (Pessar oder Retroflexionsoperation). Damit soll nicht gesagt sein, dass die Hyper-

---

[2] Berliner klin. Wochenschrift 1890. p. 37.

plasie immer völlig zurückgeht. Alte, hochgradige Fälle dieser Art bleiben vielmehr immer unheilbar.

Wenig beachtet ist die oft hochgradige Hyperplasie, welche die Wand des Uterus als solche durch Myombildung erfährt. Selbst Myome, die nicht in der Wand sitzen, sondern mehr subserös, breitbasig aufsitzen, bringen oft mächtige Hyperplasien der Wand hervor, wie es ähnlich das Carcinoma corporis uteri nicht selten thut. Den besten Begriff einer solchen Hyperplasie bekommt man gelegentlich der Enukleation der Myome. Hat man alle erkennbaren Myome aus der Wand ausgeschält, so bleibt doch oft der Uterus noch erheblich vergrößert zurück. In 4—6 Wochen aber nach Entfernung der Myome kann ein derartiger Uterus auf die Hälfte des Volumens zurückgehen, welches er nach vollendeter Operation hatte.

Was nach Abzug solcher Fälle von sekundärer Hyperplasia uteri noch an anderen, scheinbar primären Fällen von Metritis chronica zurückbleibt, sind außerordentlich häufig Fälle, in denen Myomkeime bereits vorhanden sind, welche aber die Untersuchung noch nicht entdecken kann. Im Lanfe einiger Jahre wird aber dann die Myombildung erkennbar.

Alle diese Fälle sind gewiss keine Objekte für Massage. Ob eine derartige Therapie in anderen Fällen hochgradiger, primärer Metritis chronica angebracht und nützlich ist, vermag ich nicht zu sagen.

Sodann ein Wort über die Massage von Hämatocelen. Eine frische Hämatocele zu massiren wird keinem verständigen Menschen einfallen. Dass aber auch eine schon ältere Hämatocele, bei welcher die Gefahr eines Nachschubes nicht mehr besteht, kein günstiges Objekt für die Massage sein kann, leuchtet ohne Weiteres ein. Ein in eine Pseudomembran eingeschlossenes Blutcoagulum kann der Massagewirkung nicht so anheimfallen wie ein in das Bindegewebe eingebettetes Exsudat. Es kommt hinzu, dass die retro-uterine Lage der Hämatocele, wenn dieselbe nicht sehr groß ist, sie von den Bauchdecken fern hält. Auch die Erfahrung (Prochownik) spricht gegen den Nutzen der Massage. Die sehr großen Hämatocelen behandelt man besser chirurgisch, die kleineren überlasse man der spontanen Resorption. Am ehesten würden sich vielleicht die seltenen Hämatome der Ligg. lata für die Massage eignen; doch erreichen sie selten eine so erhebliche Größe, dass diese Behandlung nöthig würde.

Wenn wir für die bisher erörterten Krankheitsprocesse im Allgemeinen die Massage verwerfen, speciell und absolut für die Lageanomalien des Uterus, so wollen wir uns jetzt dem Positiven zuwenden und fragen: In welchen gynäkologischen Krankheitszuständen kann dieselbe mit Nutzen angewandt werden? Die Antwort kann lauten: Bei Beckenexsudaten. Die Bindegewebsexsudate, welche als puerperale, bisweilen als postoperative, sodann nach Tubenerkrankungen zurückbleiben, bilden das wesent-

liche, fast einzige Gebiet für die Massage in der Gynäkologie.

Natürlich soll das nicht heißen, dass man jedes Exsudat massiren solle. Zunächst wird man in jedem Falle die Ätiologie des vorhandenen Exsudates sicher zu stellen und besonders zu eruiren haben, wie die Tuben beschaffen sind und ob mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die Erkrankung von hier ausgegangen ist.

Bei Fällen, welche spät in unsere Behandlung kommen, ist es ja oft unmöglich, die Anwesenheit von Tubenschwellungen palpatorisch sicher zu stellen, zumal wenn die Tuben nicht mehr erheblich geschwellt und die umgebenden Exsudatmassen desto umfangreicher sind. Aber die Anamnese, die Doppelseitigkeit der Exsudate und Anderes lassen doch meist keinen Zweifel übrig, dass es sich um primäre Erkrankung der Tuben handelt. In allen solchen Fällen darf nicht frühzeitig, sondern erst lange Zeit nach Ablauf der letzten Entzündung mit der Massage begonnen werden. Wie lange nach Ablauf aller entzündlichen Erscheinungen man noch zu warten hat, darüber lässt sich eine allgemeine Regel nicht geben. Meistens werden viele Monate vergehen müssen. So lange man noch spontane Verkleinerung des Exsudates wahrnimmt, ist es zum Massiren noch zu früh. Erst wenn das Exsudat als unveränderliches Residuum der völlig abgelaufenen Entzündung angesehen werden muss, ist es Zeit, mit der Massage zu beginnen. Thut man es früher, so kann man sich kaum je das Verdienst beimessen, die Kranke durch die Massage geheilt zu haben. Man täuscht sich selbst und die Kranke über seine Leistungen und setzt die Kranke auch der Gefahr einer neuen Entzündung aus, wenn zu früh darauf los massirt wird. Schlimme frische Peritonitis kann die Folge sein, wie ich mehrfach gesehen habe.

Ich will ausdrücklich hervorheben, dass auch nach Ablauf aller entzündlichen Erscheinungen, ja selbst bei schon recht alten Exsudaten, wenn spontane Schmerzen längst nicht mehr existiren, eine gewisse Empfindlichkeit bestehen kann. Diese fordert immer zur Vorsicht auf, ist aber nicht eine absolute Kontraindikation gegen Massiren.

Eiue erhebliche Schwellung der Tuben, welche meist auf Eiteransammlung beruht oder beruhen kann, ist fast immer eine Kontraindikation. Nur da, wo bei kleinen Tubenschwellungen große Exsudate vorhanden sind, ist im Allgemeinen die Massage angebracht. Nur die Exsudate, nicht die Tubentumoren sollen massirt werden.

Nächst der Ätiologie und der etwa noch bestehenden Fortdauer der entzündlichen Erscheinungen ist nun an den Exsudaten ihre Lage zu berücksichtigen und das Verhalten derselben zu den Bauchdecken, so wie die Beschaffenheit dieser letzteren. Exsudate, die nicht von den Bauchdecken aus gut palpirbar sind, sollen nicht massirt werden. Es kann die Lage der Exsudate, die Beschaffenheit

der Bauchdecken, die Lagerung der Darmschlingen zwischen Exsudat und Bauchwand es unmöglich machen, die Exsudate von oben her zu erreichen oder wenigstens genau genug zu tasten und direkt, ohne zwischen gelagerte andere Gebilde (Darmschlingen), zu massiren. Dann ist die Massage nicht mehr nützlich, oft schädlich.

Dies sind die Punkte, welche man bei Anwendung der Massage auf Beckenexsudate vorzugsweise berücksichtigen soll. Es wird sich also in der Regel nur um die Behandlung alter Exsudate handeln, die als Residuen abgelaufener Processe noch fortbestehen, die günstig gelegen und nicht durch größere Tubentumoren komplicirt sind.

Dass in solchen Fällen die vorsichtig geübte Massage Nutzen stiften, die Resorption fördern und beschleunigen kann, glaube ich in Übereinstimmung wohl mit allen Gynäkologen. Wie oft sie es in Wirklichkeit thut, ist schwer zu sagen. Unterbleibt die Massage, tritt eine andere Behandlung ein mit Bädern und Resorbentien oder wird jede Behandlung unterlassen, so sieht man ebenfalls oft genug wunderbar schnelles Kleinerwerden solcher Tumoren, wenn sie nicht schon sehr alten Datums sind. Es bleibt dann immer fraglich, was hat unsere Therapie, was hat die Zeit oder der Organismus allein gethan.

Bestand das Exsudat noch nicht länger als $^1/_2$ Jahr seit Ablauf der entzündlichen Processe, so ist anscheinend die Einwirkung der Massage oft eine eklatante, ja überraschende. Aber auch ohne sie sieht man bei großen Exsudaten oft ein ganz merkwürdig rasches Verschwinden, besonders bei kräftigem Körper. Vor Kurzem kam eine Pat. in meine Behandlung, welche vor ca. 7 Monaten von einem anderen Operateur laparotomirt worden war (Myomotomie). Ich fand bei leichten Fieberbewegungen feste Tumoren von kugeliger Form, zusammen von der Größe etwa dreier Fäuste über dem Beckeneingange zwischen Nabel und Symph. o. p. Ich nahm Anfangs diese Tumoren für zurückgelassene und seit der Operation rasch nachgewachsene Myome. Die Mittheilungen des Kollegen, welcher die Operation ausgeführt hatte, welche besagten, dass der Uterus, ohne Zurücklassung irgend welcher Myome, unmittelbar über dem Scheidengewölbe amputirt worden sei, ließen jedoch keinen Zweifel übrig, dass es sich lediglich um Beckenexsudate handle, die also sehr spät nach der Operation entstanden waren, wohl um versenkte Ligaturen. Schon ehe eine resorbirende Behandlung eingeleitet wurde, nahm ich wahr, dass eine Verkleinerung eingetreten war. Dieselbe machte dann, bei Anwendung von resorbirenden Mitteln, so rapide Fortschritte, dass in 8 Tagen das Volumen auf die Hälfte reducirt war. Hier hatte die Resorption anscheinend unbeeinflusst durch irgend welche Therapie in rapidester Weise eingesetzt. Die in Aussicht genommene Massage war zunächst jedenfalls überflüssig.

Was die Massage von Tubentumoren betrifft, so muss dieselbe jedenfalls auf die allerseltensten Fälle beschränkt werden. Es müssen Fälle sein, in denen man triftige Gründe hat, eine Hydro-

salpinx anzunehmen, eine Pyosalpinx auszuschließen. Solche Fälle sind niemals Fälle frischer Saktosalpinx, sondern stets schon länger bestehende Tubentumoren. In der Regel wird auch hier die Massage nutzlos sein. Eine Resorption der Flüssigkeit wird gewiss niemals eintreten; nur einen Abfluss derselben durch die Tube und den Uterus können wir allenfalls hoffen, zumal in solchen Fällen, in welchen die Natur uns diese Möglichkeit schon durch zeitweiligen spontanen Abfluss andeutet.

In einem Falle, in welchem neben anderen örtlichen Veränderungen an den Beckenorganen — parametritischen Exsudaten, erheblicher Dislokation und Fixation des Uterus — eine über straußeneigroße Hydrosalpinx sinistra bestand, theilte mir die Pat. mit, dass ihr zeitweise eine wässrige Flüssigkeit aus der Scheide abginge. Ich bemerkte außerdem bei längerer Beobachtung deutliche Schwankungen in der Größe des Tumors. Dies veranlasste mich, einen Versuch mit Massage der Hydrosalpinx zu machen. Als dann und wann gleich nach der Massage deutliche Flüssigkeitsabgänge per vaginam stattfanden, wurde eine Zeit lang der Tumor massirt und zwar mit dem Erfolge, dass jede cystische Schwellung verschwand. Nur eine gewisse Resistenz blieb an der Stelle des Tumors zurück. Dieses Resultat konnte ich einige Jahre später noch konstatiren.

Immerhin werden die Fälle, in denen Hydrosalpingen massirt werden dürfen, sehr seltene sein und die Erfolge in solchen Fällen noch viel seltener.

Wenn wir nach dem oben Gesagten der Massage im engeren Sinne des Wortes bei parametritischen Exsudaten in beschränkter Weise das Wort reden, so gilt das Gleiche nicht von den peritonitischen Exsudationen. Dass man abgesackte, fast immer eitrige, peritonitische Exsudate nicht massiren darf, ist selbstverständlich. Es bleiben dann übrig die strangartigen und flächenhaften Adhäsionen, wie sie theils zwischen hinterer Uteruswand und Beckenboden resp. Rectum, theils aber zwischen den Adnexa uteri und der Umgebung derselben bestehen.

Diese Anomalien eignen sich wohl für die Dehnung oder bisweilen Zerreißung der Adhäsionen, obgleich unseres Erachtens auch damit nur selten ein befriedigender Erfolg erreicht wird. Der Massage im engeren Sinne sind diese Zustände aber unzugängig. Wenn es auch gelingt, die Stränge und Pseudomembranen mit den Fingern zu erreichen, so bieten sie doch keine genügende Resistenz zur Massage wie die Bindegewebstumoren, und vor Allem kann man nicht erwarten, dass diese Filamente durch Druck und Kneten zur Resorption gebracht werden. Die Fälle dieser Art, welche als erfolgreich durch Massage behandelt in der Litteratur beschrieben werden, betreffen vermuthlich sämmtlich Dehnungen und Zerreißungen der peritonitischen Adhäsionen, beabsichtigt oder unbeabsichtigt herbeigeführt.

*

In manchen Schriften über Massage ist bei der Besprechung der Indikation gar nicht zwischen para- und perimetritischen Fixationen unterschieden. Dies ist unseres Erachtens ein großer Fehler, geeignet, den Unkundigen vollständig irre zu leiten. Andere Publikationen unterscheiden zwar zwischen beiden, wollen aber doch die Massage auch für perimetritische Produkte ziemlich ausgedehnt anwenden, so will es z. B. Dührssen. Richtig scheint uns nur der Standpunkt, dass für die Massage im engeren Sinne die perimetritischen Produkte gänzlich ausscheiden, wie dies annähernd auch Prochownik will.

Vollkommen präcise sagen dies nach unserer Kenntnis der Litteratur nur E. Fränkel und Hertzsch.

Wir kommen zu folgenden Schlusssätzen:

Zur Massage eignen sich nur feste Bindegewebsexsudate im Becken, wenn dieselben torpid geworden und alle Entzündungserscheinungen längere Zeit vorüber sind. Auch solche Exsudate eignen sich nur in Fällen, in denen sie der äußeren Hand bequem zugänglich sind, so dass zwischen sie und die Fingerspitzen bei der Massage nur die Bauchdecken zu liegen kommen.

Tubentumoren können nur höchst selten erfolgreich massirt werden, wenn es Hydrosalpingen sind und die Flüssigkeit durch den Uterus zum Abfluss gebracht werden kann. Bei der Massage von Tuben mit verdickten Wandungen ohne flüssigen Inhalt dürfte wesentlich nur die Massage der umgebenden Infiltrationen bedeutungsvoll sein.

Peritoneale Adhäsionen, Hämatocelen, Lageanomalien der Vagina und des Uterus sind keine Objekte für Massage, wenn auch vielleicht die Massage umgebender Exsudate bisweilen den Lageanomalien indirekt zu Nutzen kommen kann.

Indem ich bekenne, nicht die ganze umfangreiche Massagelitteratur zu kennen, führe ich hier nur diejenigen Publikationen auf, welche ich eingesehen habe.

Thure Brandt, Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin, 1891.

Bum, Eulenburg's Encyklopädische Jahrbücher V. 1895. p. 370.

Bumm, Centralblatt für Gynäkologie 1893. No. 42.

Dührssen, Berliner klin. Wochenschrift 1891. No. 44.

E. Fränkel, Bresl. allg. Ztschr. 1888. No. 10 und Allg. Therapie d. weibl. Geschlechtskrankh, in: Lehrb. der Allg. Therapie von Eulenburg und Samuel 1899. p. 637.

Hertzsch, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. I. p. 252.

Kumpf, Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 36 u. 37 und Centralbl. für Gynäkologie 1891. No. 25. p. 519.

R. Olshausen, Berliner klin. Wochenschrift 1890. p. 36 und Verhdl. d. D. Gesellsch. f. Gyn. Jahrg. VIII. 1897. p. 161.

Palm, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie XI. 1900. p. 1092.

Profanter, Die Massage in der Gynäkologie. Wien, 1887.

Prochownik, Die Massage in der Frauenheilkunde. Hamburg u. Leipzig, 1890.

Piering, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie XI. 1900. p. 260.

Sänger in Landerer's Mechanother. Handbuch 1894 und Centralblatt für Gynäkologie 1894. p. 343.
Schauta, Prager med. Wochenschrift 1888. No. 29.
Ziegenspeck, Anleitung zur Massage bei Frauenleiden. Berlin, 1895.

II.

(Aus der Bettinastiftung, Gynäkologische Abtheilung des K. K. Kaiserin Elisabeth-Spitales in Wien: Vorstand Prof. Wertheim.)

Ein Fall von „erweiterter" Radikaloperation bei mit Schwangerschaft komplicirtem Uteruskrebs.

Von
Dr. Th. Micholitsch.

Mit Rücksicht auf die in jüngster Zeit lebhaft diskutirte Frage, ob bei Uteruscarcinom vaginal oder abdominal operirt werden soll, erscheint jeder Fall mittheilenswerth, der in dieser Richtung etwas Neues oder Ergänzendes zu bringen im Stande ist. Aus diesem Grunde erlaube ich mir über eine von mir vor einigen Monaten wegen Uteruskrebs ausgeführte »erweiterte« Radikaloperation zu berichten, die eine 8 Monate gravide Frau betraf.

Anamnese am 6. September 1900: R. F., 41 Jahre alt, Xpara. Seit 8 Monaten schwanger, seit 3 Monaten unregelmäßige Blutungen. Kindesbewegungen, welche Anfangs lebhaft waren, in den letzten Tagen seltener und weniger kräftig. Kräftezustand hat in den letzten Monaten immer mehr abgenommen, gegenwärtig kann Pat. ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen und sich nur mühsam fortschleppen.

Befund am 6. September: Äußerst hinfällige, kachektisch aussehende Pat. mit dürftigem Panniculus adiposus. Herzdämpfung verbreitert, erster Ton unrein. Über der ganzen Lunge bronchitisches Rasseln.

Fundus des graviden Uterus steht am Processus xiphoideus, kleine Kindestheile links, Rücken rechts, Kopf ins Becken eingetreten, beweglich. Kindliche Herztöne dumpf.

Aus der Scheide reichlicher Blutabgang. An der vorderen Muttermundslippe ein walnussgroßer, circumscripter, wenig exulcerirter Carcinomknoten, Vaginalschleimhaut intakt, Parametrien frei. Vergrößerte Lymphdrüsen nicht zu tasten.

Diagnose: Carcinoma portionis uteri. Graviditas VIII. mens.

Der elende Zustand sowohl der Mutter als auch des Kindes erforderten eine möglichst rasche Operation.

Ich entschloss mich, das Kind mittels Sectio caesarea zu entbinden und im Anschlusse daran die radikale Operation des Uteruskrebses vorzunehmen und zwar nach der Methode, wie sie von Prof. Wertheim gelehrt[1] und wonach ich selbst in vier Fällen vorher bereits operirt hatte.

Operation am 7. September 1900: Nach typisch ausgeführter medianer Sectio caesarea Einlegung eines Gazetampons in das Uteruscavum und Schluss der Uteruswunde mit einigen tiefen Nähten. Hierauf Freilegung beider Ureteren, welche, bis auf das Dreifache ihres Volumens angeschwollen, durch das fettlose Peritoneum hoch hervortraten. Ablösen der Blase bis zum Eintritt der Ureteren und Befreiung derselben aus dem parametranen Schlitze. Unterbindung und Durch-

[1] Archiv für Gynäkologie 1900, Bd. LXI.

trennung beider Ligamenta rotunda, infundib.-pelvica und sacro-uterina. Abbinden der Parametrien beiderseits bis weit gegen den Darmbeinteller zu.

Präparation der großen Gefäße bis über die Bifurkation der Aorta hinauf und den Verzweigungen der Hypogastrica entlang ins Becken hinab.

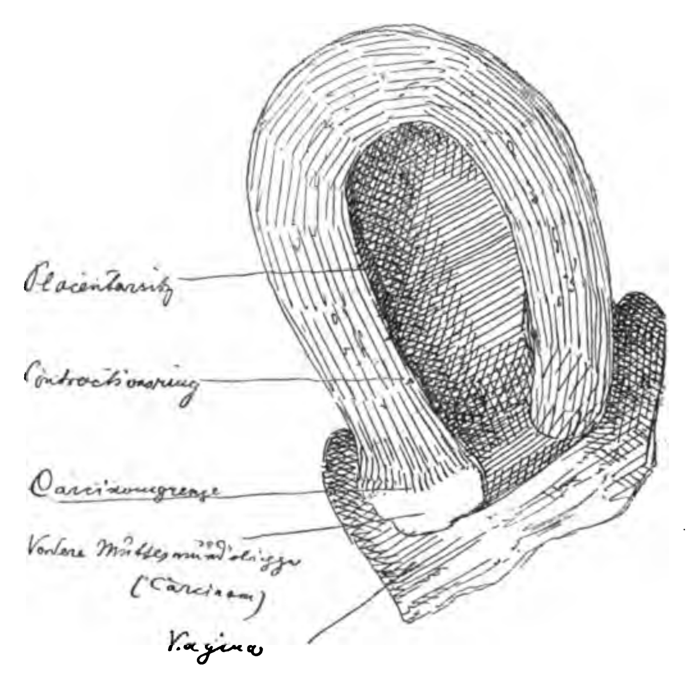
Genaue Suche nach infiltrirten oder vergrößerten Drüsen. Das durchsuchte Zellgewebe überall weich und locker, suspekte Drüsen fanden sich nirgends.

Zum Schlusse Freilegung des oberen Antheiles des Scheidenrohres mit möglichst viel anhängendem paravaginalen Gewebe. Absetzen der Vagina 4 cm unterhalb der Portio.

Jodoformgazedrainage durch die Vagina. Schluss des Peritoneums über den Ureteren und den Gefäßen und über der drainirenden Gaze, so dass dieselbe subperitoneal zu liegen kommt.

Bauchdeckennaht in zwei Schichten. Dauer der Operation eine Stunde. Kind männlich, 44 cm lang, 2250 g schwer, gut entwickelt.

Die Ausbreitung des Carcinoms wird durch beigegebene Skizze illustrirt, welche einen medianen Sagittalschnitt durch den Uterus darstellt.



Der weitere Verlauf nach der Operation war durch die Bronchitis, welche sich durch die Narkose verschlimmerte, ungünstig beeinflusst. Der fortgesetzte heftige Husten hatte schließlich ein Auseinanderweichen der Bauchwunde zur Folge, so dass dieselbe am 6. Tage p. op. noch einmal genäht werden musste. Von da ab Heilung der Wunde per primam.

Am 29. September steht Pat. auf, fühlt sich wohl. Darm- und Blasenfunktion in Ordnung. Bronchitis bedeutend gebessert.

Am 13. Oktober geheilt entlassen: Bauchnarbe linear. Vagina blindsackartig abgeschlossen. Im Abdomen keinerlei Resistenz oder Schmerzhaftigkeit. Das Kind der Pat. wurde der Landes-Findelanstalt übergeben.

2 ½ Monate nach der Operation stellte sich Pat. vor. Sie sah frisch aus, hatte an Körpergewicht zugenommen, fühlte sich kräftig und konnte ihrer früheren Beschäftigung als Taglöhnerin ungehindert nachgehen. Die Untersuchung ergab völlige Recidivfreiheit. Das Kind lebte und war gesund.

Bemerkenswerth erscheint mir in diesem Falle, dass die Operation nach der geschilderten Methode besonders leicht und exakt ausführbar war. Die Präparation der Ureteren und Gefäße gelang in Folge der Auflockerung des Zellgewebes, die ihren Grund in der bestehenden Gravidität hatte, außerordentlich rasch, die Blutung war minimal und sicher zu beherrschen. Es stimmt diese Beobachtung mit den Erfahrungen überein, die man auch sonst bei der Ausführung von Operationen während der Schwangerschaft gemacht hat.

Ohne hier irgendwie in den Streit zwischen vaginaler und abdominaler Uteruskrebsoperation eintreten zu wollen, möchte ich bemerken, dass mit Rücksicht auf die bekannt rasche Ausbreitung des Krebses in der Schwangerschaft und auf die ungünstigen Dauererfolge der vaginalen Operation des mit Schwangerschaft komplicirten Uteruscarcinoms (siehe Sarwey, Carcinom und Schwangerschaft: Veit's Handbuch der Gynäkol., und v. Erlach, Diskussion zum Vortrage Wertheims, Ein Beitrag zur Frage der Radikaloperation beim Uteruskrebs: Wiener Klinische Wochenschrift 1900 Nr. 48 u. 50) gerade bei dieser Komplikation des Uteruskrebses die sogen. »erweiterte« Radikaloperation besonders indicirt sein dürfte.

Da diese »erweiterte« Radikaloperation nur auf abdominalem Wege durchführbar ist, ist es selbstverständlich, dass hierbei auch die Frucht, falls lebend und lebensfähig, auf diesem Wege entbunden wird. Dass dies reiner, rascher, für Mutter und Kind schonender ist als die vaginale Entbindung, braucht nicht erst betont zu werden.

Referate.

1) B. C. Hirsch (Philadelphia). Coccygodynie.

(University med. magazine 1900. Mai. p. 153.)

Früher wurde die Coccygodynie in den Lehrbüchern der Gynäkologie eingehender behandelt, während sie in den neueren kaum oder gar nicht erwähnt wird, besonders in deutschen. Auch das Verhalten der Praktiker entspricht dieser Wahrnehmung; H. hat mehrmals vernachlässigte Fälle gesehen, in denen die Diagnose leicht zu stellen war und die Behandlung raschen Erfolg hatte. In 10 Fällen, von denen in 7 die Erkrankung nach einer Geburt aufgetreten war, musste die Entfernung des Steißbeines vorgenommen werden. Doch sieht man nach Geburt oft Schmerzen in den Steißbeingelenken, offenbar als Folge der Dehnung der vorderen Bänder, die aber nach einigen Monaten verschwinden.

Diese Schmerzen sind leicht zu verstehen. Allein zuweilen zerreißen die vorderen Längsbänder, oder, falls eine vollständige Ankylose aller Gelenke vorhanden ist, kann sogar, wie in einem seiner Fälle, ein schiefer Bruch eines Steißwirbels entstehen. Dieselbe Erklärung wird auch für einen Fall auf den Steiß passen, nur wirkt bei diesem die Gewalt gerade im umgekehrten Sinne, von außen nach innen, statt von innen nach außen, und dem entsprechend zerreißen auch dann die hinteren Längsbänder. Die verschiedenen Muskeln und

Bänder, die sich an das Steißbein ansetzen, gestatten keine Ruhe; bei jedem Schritte, bei jedem Niedersitzen oder Aufrichten, bei jeder Bewegung des Sphincter ani wird der Knochen bewegt. So werden die zerrissenen Fasern der Bänder und die getrennten Gelenkenden fortwährend von einander entfernt und können sich nicht wieder fest vereinen.

Schwieriger ist die Erklärung der Coccygodynie bei Weibern, die weder geboren noch ein Trauma auf das Gesäß erlitten haben. 2mal hat H. widernatürliche Beweglichkeit des Gelenkes zwischen 1. und 2. Steißwirbel, Verdickung und Erweichung des Zwischenwirbelknorpels und dabei Ankylose der anderen Gelenke, auch des sacro-coccyealen, gefunden. Wahrscheinlich hat irgend eine Veranlassung eine plötzliche sehr starke Bewegung dieses einzigen Gelenkes bewirkt: schwere Arbeit, gewaltsamer Coitus oder Durchtritt dicker harter Massen durch den Mastdarm. Sind einmal die Gelenkbänder zu stark ausgedehnt, dann lässt die sich immer wiederholende Bewegung ihnen keine Ruhe zum Heilen, wie beschrieben. Auch mag ja wohl Nervosität oder Hyperästhesie hinzukommen, ohne jedoch der Hauptfaktor zu sein.

Was die pathologische Anatomie bei den 10 durch die Operation gewonnenen Präparaten betrifft, so war 6mal ein Riss des Gelenkes oder seiner Verstärkungsbänder vorhanden, und zwar 2mal des ersten, 4mal des zweiten Gelenkes; stets fand sich der Intervertebralknorpel erweicht und verdickt. In einem Falle war eine vollständige Ankylose aller Steißwirbel vorhanden, so dass der Knochen gerade nach abwärts stand und die Frau beim Hinsetzen ein Gefühl hatte, als ob sie sich auf einen Nagel setzte. 2mal war neben Erweichung und Hypertrophie der intervertebralen Knorpelscheibe des ersten Gelenkes eine Erschlaffung und Ausdehnung der Bänder vorhanden. Endlich war in einem Falle ein Schiefbruch durch den 2. Steißwirbel vorhanden.

Bei einer nicht operirten Frau war ganz ohne Belästigung ein Knochen gebrochen oder ein Gelenk zerrissen gewesen, dann das untere Fragment nach vorn verschoben und in dieser Stellung im rechten Winkel zum oberen Ende fest ankylotisch verwachsen. Mangels einer Beweglichkeit fehlte auch jeder Schmerz, doch würden bei einer späteren Entbindung Schwierigkeiten entstehen.

Die Diagnose einer abnormen Beweglichkeit ist zwischen zwei Fingern, deren einer außen, der andere im Mastdarme, nicht schwer zu stellen, wie auch die Operation keine besonderen Schwierigkeiten bietet. Meist ist der Erfolg aber zufriedenstellend. Mehrere charakteristische Präparate sind in Abbildung beigefügt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Gemeinschaftliche Sitzung mit der Biologischen Sektion am 10. Oktober 1899.

Herr Simmonds: »Über Hämorrhagien des Endometriums bei Sklerose der Uterinarterien«.

Zu den häufigsten Befunden bei der Sektion der Genitalien älterer Frauen gehören Hämorrhagien im Endometrium und der angrenzenden Muskulatur. Mikroskopisch zeigt sich dabei eine hämorrhagische Infiltration des Gewebes, eine pralle Infarcirung der Venen, vor Allem stets hochgradige Sklerose der Arterien mit Verdickung der Intima, Verkalkung der Media, Verengerung des Gefäßlumens. Die Blutungen sind, wie man aus dem anatomischen Befunde schließen kann, nie älteren Datums; sie entstehen kurz vor dem Tode bei Sinken der Herzkraft und sind als prägonale, klinisch bedeutungslose Processe aufzufassen. Verursacht sind sie durch die Enge und Starrwandigkeit der sklerosirten Gefäße. Da nun häufig schon in den vierziger und fünfziger Jahren Sklerose der Uteringefäße anzutreffen ist, liegt es nahe anzunehmen, dass auch manche den klimakterischen Jahren angehörende Menorrhagien ähnlichen Ursprungs sind, vorausgesetzt, dass wirklich schwere Veränderungen an den Gefäßen nachweisbar sind. Vortr. berichtet über einen solchen Fall, wo bei einer 54jährigen Frau wegen andauernder unstillbarer Blutungen die Exstirpatio uteri ausgeführt worden war und wo die anatomische Untersuchung als alleinige pathologische Veränderung eine schwere Sklerose der Uterinarterien nachwies. Die Diagnose ist intra vitam nicht mit Sicherheit zu stellen, da die mikroskopische Untersuchung ausgekratzter Massen kein Urtheil über das Verhalten der in der Uteruswand gelegenen Arterien zulässt und da das Fehlen von Arteriosklerose im übrigen Körper keinen Schluss auf die Integrität der Uteringefäße zulässt. In hartnäckigen, der Therapie unzugänglichen Fällen bleibt als ultimum refugium nur die Exstirpatio uteri übrig.

Nachher Separatsitzung der Geburtshilflichen Gesellschaft.

Herr Dr. Hoppe wird anlässlich seines am 19. Oktober stattfindenden 50jährigen Doktorjubiläums zum Ehrenmitgliede erwählt.

Sitzung vom 24. Oktober 1899.

Vorsitzender: Herr Staude: Schriftführer: Herr Schrader.

Es demonstrirt: Herr Rose: 1 Pessar und Dermoid. Das Pessar musste mit der Zange verkleinert werden, alsdann wurde der Tumor durch Kolpotomia post. entfernt. Glatte Heilung.

Herr Seeligmann: einen graviden myomatösen Uterus (3. Monat). Die Myome waren in der Gravidität stark gewachsen und hatten durch Kompressionserscheinungen die Operation nöthig gemacht (Chrobak-Zweifel'sche Methode). Konservirung des Uterus durch Enuklesirung nicht möglich. Glatte Heilung.

Herr Staude: 1) eine Ovarialcyste eines 14jährigen Mädchens.

2) eine stark hypertrophirte Mamma einer 73jährigen Frau, welche beiderseits Ovarialtumoren mit papillären Wucherungen hatte. In einer Sitzung wurden entfernt: die Mamma, die Ovarialtumoren und der erkrankte Processus vermiformis. Der Prolaps wurde durch Ventrofixation beseitigt, ein außerdem noch vorhandener Leistenbruch wurde nicht mit operirt. Glatte Heilung.

Herr Lomer: »Zur Frage des Coma diabeticum in der Gynäkologie«.

Starke unregelmäßige Blutungen bei einer 47-Jährigen veranlassten L., eine Exkochleation vorzunehmen. Die Kranke hatte Diabetes, zur Zeit des Eingriffes

aber nur $^1/_{10}$% Zucker. Gleich nach der Auskratzung wurden $4^3/_4$% konstatirt, und in wenigen Tagen starb die Pat. im Coma diabeticum.

L. weist darauf hin, dass der Diabetes bei mageren, durch Blutungen heruntergekommenen Frauen besonders gefährlich zu sein scheine. Dagegen mache es den Eindruck, als ob der Diabetes, der mit Fettsucht, Atrophie der Ovarien, Amenorrhoe und Pruritus einhergeht, nicht so leicht zum Coma führe.

Diskussion: Herr Staude erinnert daran, dass nach König's Statistik bei Diabetes die Mortalität nach Operationen in Narkose sehr bedeutend ist und man thunlichst diese Pat. nicht narkotisiren soll.

Herr Roesing fragt, ob die Sektion gemacht worden, da auch Verfettung des Herzens, der Nieren etc. vorkommen kann.

Herr Lomer: Keine Sektion, jedoch ganz sicher lag Diabetes vor. Am 3. Tage betrug der Zuckergehalt $4^1/_2$%.

Herr May meint, dass demnach vor jedem gynäkologischen Eingriffe auf Zucker untersucht werden müsste. Die Untersuchungen von demselben Urin schwanken in ihren Ergebnissen sehr, sobald sie in verschiedenen Apotheken vorgenommen werden.

Herr Räther hat in vielen Diabetesfällen narkotisirt bezw. operirt und sah niemals danach Coma. R. glaubt, dass Operationen nur dann gefährlich sind, wenn große schwächende Blutungen vorausgegangen sind; er möchte den üblen Ausgang des von Lomer berichteten Falles hierauf zurückführen. Auch glaubt R. nach seinen Untersuchungen in der Sprechstunde, dass nicht viel unter 1% der Frauen, welche den Gynäkologen aufsuchen, Zucker im Urin haben. Sehr wichtig sei aber dabei, dass der Urin vor der Behandlung untersucht wird, da manche üblichen Lokalmittel mit Fehling'scher Lösung (aber nicht nach Polarisation oder Gärungsprobe) »Zuckerreaktion« geben.

Herr Kümmell hat nicht die schlechten Resultate gesehen, wie die Statistik König's annehmen lässt. K. hält den Fall des Vortragenden nur für einen unglücklichen Zufall. Wenn man Zeit hat, kann man ja eine Anti-Diabeteskur vorausschicken. Es wurden oft sehr heruntergekommene Kranke, oft nicht nur Männer, operirt, und es wurden sogar sehr schwere Operationen glatt vertragen.

An der weiteren Diskussion betheiligen sich noch die Herren Rösing, Mond, Lomer und Seeligmann.

Sitzung vom 7. November 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Calmann demonstrirt einen carcinomatösen Uterus. Der erste Theil der Operation wurde mit dem Glüheisen ausgeführt, die Beendigung musste jedoch mit Messer und Klemmen vorgenommen werden.

Herr Prowe (als Gast): Gynäkologische Gesichtspunkte bei der Prostituirtenkontrolle in Central-Amerika.

P. hat in San Salvador 1888—90 die Prostituirtenkontrolle nach rein ärztlichen Gesichstpunkten eingerichtet und geleitet und die wöchentliche Untersuchung und Behandlung im Hospital immer selbst ausgeführt. Von 407 Kranken hatten 313 Gonorrhoe. Der bekannte Symptomkomplex erleichterte die Diagnose. Nur die beginnende akute Endometritis corporis ist schwer aus der Schwellung, Schmerzhaftigkeit und klaren Sekretion des Uterus zu erkennen, wohl aber aus mehr subjektiven Vergiftungserscheinungen (Anämie, Magenstörungen, Ausbleiben der Menstruation). Ihr liegt fast immer eine primäre Infektion zu Grunde, und häufig ist sie die primäre, von wo aus Vulva und Adnexe später inficirt werden. 68% der gonorrhoischen Weiber zeigten Entzündungen der Adnexe, 5% akute. Seit 3 und mehr Jahren steril waren 81%. 39 Nulliparae hatten freie Perimetrien, 24 derselben starke Anteflexio uteri. Ein so muskelschwacher Uterus kontrahirt sich auf der Höhe des Coitus nicht und aspirirt bei der Erschlaffung dann auch kein infektiöses Sekret.

Aus diesem Mechanismus lässt sich manches über den Infektionsmodus erklären. Neben ihm sind eine nicht zu kleine Masse des Infektionsmaterials und ein Gehalt desselben an leicht ätzenden Giften im Granitz'schen Sinne nöthig. Die bisher gelungenen Einimpfungen des Trippers haben aus der Kultur entweder einen solchen Stoff auf die Schleimhaut übertragen, oder diese ist dabei etwa verletzt worden. Das bloße Hinaufbringen von Gonokokken auf intaktes Epithel erzeugt keinen Tripper. Der Nachweis einiger Gonokokken im Genitalsekret einer Prostituirten begründet praktisch nicht dessen Gefährlichkeit. Auch die bakteriologische Diagnose wies in Breslau nur 34% Gonorrhoische unter den geschlechtskranken Weibern nach, während die Zahl in San Salvador 75% und in Berlin unter den Männern 70% war. — Die Behandlung zielte nicht auf Mikrobientodtschlag, sondern auf Neubildung von Epithel, Wegschaffung der Sekrete etc. Die Urethra wurde ausgewischt. Der Uterus bei den erwähnten, ganz akuten Krankheiten wurde ausgeschabt. Das koupirte einige Male eine beginnende Perimetritis. Bei besonderer Indikation wurde auch später eine Auskratzung vorgenommen. Sonst wurde in chronischen Fällen der Uterus einige Wochen mit Jodoformgaze täglich tamponirt. Dabei verminderten sich Schwellung und Sekretion bedeutend, Beckenexsudate wurden 6mal absorbirt, 6 Tuben schwollen ab, 8mal entleerte sich ein Pyosalpinx durch den Uterus. Allerdings recidivirten 12mal Adnexerkrankungen, davon wurden 4 im Keime erstickt, 3 endeten mit Abscessbildung und Perforation ins Rectum, 3 Abscesse und ein seröses Exsudat wurden durch Incision geheilt, die in einem Falle 3mal wiederholt wurde, und nur eine Kranke verschlimmerte sich beträchtlich. Reinfektionen der geheilt (im praktischen Sinne) Entlassenen wurden fast nie beobachtet. Der akute Tripper unter den Männern nahm in überraschender Weise ab.

Diskussion vertagt.

Sitzung vom 21. November 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Seeligmann.

Herr Rose stellt eine Pat. vor, bei der er am 31. December 1898 eine Laparotomie machen musste. Sie hatte einen linksseitigen Ovarialabscess, der ausgedehnte Adhäsionen mit dem Darme aufwies. Resektion eines Theiles des Uterus wegen Durchsetzung mit kleinen Abscessen. Wegen drohender Darmruptur Tamponade nach Mikulicz.

Am 6. Tage Aufplatzen der Bauchnaht, offene Wundbehandlung. Am 27. Januar 1899 Ileuserscheinungen, die bereits geschlossene Bauchwunde wurde wieder stumpf eröffnet und Eiter entleert, darauf Besserung.

Am 10. Februar erneuter Ileus, wiederum durch Erweiterung der Wunde und Entleerung von Eiter behoben. Nach $3^1/_2$—4 Monaten schloss sich die Wunde spontan.

Herr Seeligmann erinnert an einen ähnlichen Fall, den Schede veröffentlichen ließ. Schede machte nachträglich eine Perforation des Douglas, um dem Eiter Abfluss zu verschaffen. Nach seiner (des Redners) Erfahrung ist es rathsam, die Drainage, wenn irgend möglich, nach unten durch den Douglas als dem tiefsten Punkt zu bewerkstelligen.

Herr Kümmell hebt hervor, dass Ileuserscheinungen sowohl durch Paralyse als auch durch Spasmus des Darmes erzeugt werden können. Im ersteren Falle seien Abführmittel, im letzteren Opium am Platze.

Herr Schrader sah 2 Fälle von Ileuserscheinungen post partum, die durch den Druck des Uterus auf das Rectum verursacht wurden. Nach Entlastung des Darmes verschwanden die bedrohlichen Symptome.

Herr Rose hat in seinem Falle auch Abführmittel gereicht. Die Ileuserscheinungen bei seiner Pat. waren aber durch Festgewachsensein des Darmes an der Bauchwunde bedingt.

Herr Lomer hat bei beginnender Peritonitis post laparot. schöne Erfolge von kalten Umschlägen gesehen. Er ist der Überzeugung, dass er damit manchmal schon eine beginnende Entzündung koupirt hat.

Herr Kümmell glaubt nicht daran, dass man mit kalten Umschlägen eine beginnende Peritonitis bekämpfen könne. Wenn einmal eine Infektion stattgefunden hätte, der das Peritoneum nicht Herr werden könne, dann sei die Prognose recht schlecht.

Herr Seeligmann hat die günstigen Erfolge von kalten Umschlägen bei Laparotomirten mit alarmirenden Erscheinungen auch gesehen. Er begnügte sich nicht mit Umschlägen allein, sondern er machte in der letzten Zeit ganze kalte Einpackungen, die wegen ihrer tonisirenden Wirkung auf Herz und Lunge die Widerstandskraft bedeutend heben.

Herr Falk (a. G.) berichtet, dass B. S. Schultze bei gestörter Darmthätigkeit post laparot. Klysmata von Colocynthin mit gutem Erfolge geben ließ.

Herr Lomer demonstrirt:

1) eine Placenta, manuell gelöst im Anschlusse an eine wegen Nephritis künstlich eingeleitete Frühgeburt. Die Placenta zeigt die bei Nephritis typischen Hämatome, welche auch hier ein Absterben der Frucht in graviditate veranlasst hatten.

2) eine durch tuberkulöse Processe fast vollständig zerstörte Niere, welche einer 47 Jahre alten Pat. nach 7jähriger Krankheit operativ entfernt wurde. Glatte Heilung.

3) eine durch Hämatom vergrößerte Tube (Extra-uterin-Schwangerschaft); auch die andere Tube, die in einen Tumor verwandelt war, musste entfernt werden.

4) eine Pyosalpinx und einen Ovarialabscess.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Prowe: »Gynäkologische Gesichtspunkte bei der Prostituirten-Kontrolle in Centralamerika«.

Herr Seeligmann: Der interessante Vortrag müsse in 2 Theile zerlegt werden: 1) in die ethnologischen und socialen Mittheilungen und 2) in die medicinischen resp. therapeutischen Vorschläge. Die Erfahrungen, die Herr Prowe mit den Prostituirten in Centralamerika gemacht habe, decken sich nicht mit denen, die in großen deutschen Centren von berufenen Beobachtern gesammelt wurden. Behrend berichtet, dass Lügenhaftigkeit und Faulheit hervorstechende Eigenschaften der Prostituirten seien. Nur eine ganz kleine Zahl einer großen Menge eingebrachter Prostituirten habe sich zur Arbeit bereit erklärt, und auch diese wenigen haben nur Mangelhaftes geleistet und die Arbeit bald wieder gänzlich aufgegeben.

In Bezug auf die Beobachtungen des Vortr., dass häufig zuerst das Endometrium inficirt wäre und dann erst die Vagina, Vulva etc. erkrankte, möchte S. darauf hinweisen, dass für gewöhnlich der Weg der umgekehrte sei; man könne in vielen Fällen in der Urethra Gonokokken nachweisen, während sie in der Cervix noch nicht konstatirt werden können. Den therapeutischen Vorschlag, bei akuten Fällen von gonorrhoischer Endometritis eine Auskratzung zu machen, möchte S. nicht gut heißen, hierdurch könnte doch zu leicht eine akute Parametritis hervorgerufen werden.

Herr Roesing ist mit den ihm bekannten Auslassungen Behrend's nicht einverstanden. Er habe an Prostituirten andere Erfahrungen im Gefängnis gemacht. Die oftmals bestehenden schlechten Einrichtungen der Verpflegungsstätten und die Behandlung seitens der Unterorgane mache sie häufig widerspenstig und arbeitsunlustig. Vielleicht ist die Verschiedenheit der therapeutischen Erfolge bei der Behandlung der Gonorrhoe auf die verschiedenen Rassen und ihre verschiedene Reaktion auf die Infektion mit Gonokokken zurückzuführen. Er habe Fälle durch Jahre hindurch immer wieder zur Beobachtung bekommen, bei denen gar nichts in therapeutischer Beziehung unternommen wurde, und die von selbst im Laufe der Zeit ausheilten. Aus den früher konstatirten großen Tubensäcken waren schließlich nach Jahren nur unbedeutende Stränge zurückgeblieben.

Herr Prowe (Schlusswort): Die Verkommenheit vieler Prostituirter bei uns ist eine Folge von »sittlichen« Polizeimaßregeln, die entschieden die hygienische

Überwachung erschweren. Die hervorgehobenen im Ganzen besseren ethischen Eigenschaften der Prostituirten in Salvador beruhen nicht auf ethnologischen, sondern socialen Unterschieden. Die dortige Auffassung der Prostitution entspricht mehr unserm ärztlichen Standpunkte, den wir in Deutschland gegenüber dem herrschenden theologisch-moralischen nicht genug betonen. Auch in Salvador gehen viele Prostituirte an Alkoholismus u. dergl. unter, aber ein größerer Bruchtheil, als bei uns, findet den Weg zur Arbeit zurück. Das ist ökonomisch sehr wichtig. Eine Bedingung hierzu ist Gesundheit. Die Zeit allein heilt die weibliche Gonorrhoe, nachdem sie in 60—80% zu den Adnexen aufgestiegen ist, das Weib also zur Mutterschaft ganz untauglich und in seiner Arbeitsfähigkeit beschränkt ist. Die aktive Behandlung des frühesten Anfangsstadiums, dessen Diagnose bisher vernachlässigt wird, rettet oft die Adnexe. Das Dogma der deutschen Gynäkologie, die klassische Behandlung der akuten Endometritis schade dann, wenn diese gonorrhoischer Natur sei, muss revidirt werden. Hegar in Deutschland hat es nie anerkannt. Die jüngeren französischen Gynäkologen, Doléris, Pouillet, Terrillon, Trélat, Erand, der Schweizer Vuillet, der Belgier Walton sind dagegen. In der deutschen Litteratur sind nur verba magistri zu finden und wenig kasuistische Angaben, was denn nach der Abrasio mucosae so Grässliches erfolgt. Auch die heutige Diskussion hat darüber nichts gebracht. Die Adnexerkrankungen treten, wie die Epididymitis, auch nach inaktiver Behandlung auf, in San Salvador in 68%, nach Bröse in Berlin in ca. 50%. Bei diesem Sachverhalte darf die theoretische Möglichkeit, durch einen Eingriff ein Aufsteigen der Gonorrhoe vom Endometrium nach den Tuben zu beschleunigen, nicht zu Gunsten der Ruhebehandlung angeführt werden. Theoretisch spricht für die Abrasio ein gründliches Herausschaffen von Giften, die Lymphangitis erregen können. Aus den geöffneten Lymphräumen sickert nun durch Umkehrung des Lymphstromes S chleich) Flüssigkeit heraus, die auch befreiend wirkt, und keineswegs ist eine Eingangspforte für Gifte und ihnen folgende Mikroben auf der wenig empfänglichen Muscularis geschaffen. Praktische Erfolge haben die Frage zu entscheiden. Wie viele Auskratzungen werden nicht bei gonorrhoischer Endometritis vorgenommen, deren Natur noch nicht augenfällig ist, da das Sekret noch nicht eitrig und die Vulva noch nicht sekundär inficirt ist. Bestände die Gefahr, wie die Mehrzahl der deutschen Gynäkologen behaupten, so wäre bei der großen Zahl derartiger Fälle auch die mit Recht beliebte Auskratzung längst verlassen worden. Was heute ungewollt als Behandlung der Wahl in vielen Fällen heilt, soll in Zukunft als die Behandlung bei akuter, primärer, noch nicht eitriger gonorrhoischer Endometritis methodisch geübt werden. — Die im Vortrage besprochenen klinischen Beweise für die gonorrhoische Natur einer jungen Endometritis (Anämie und akuten Vergiftungserscheinungen) sind den unsicheren rein bakteriologischen Encheiresen in praxi überlegen. Bei ihrer Beachtung wird das Gebiet der von der Vulva aufsteigende Gonorrhoen noch eingeengt werden. Es giebt primäre Infektionen des Endometrium mit sekundärer Betheiligung der Vulva. Die sind bei chronischem Tripper des Mannes die Regel. Es giebt gleichzeitige Infektionen von Endometrium und Vulva bei akutem Tripper des Mannes. Und es giebt gewiss auch primäre Erkrankung der Vulva mit späterer Betheiligung des Uterus. Nur ist bei der Nichterkrankung der Vaginalschleimhaut, die wie die äußere Haut nur durch ätzendes Sekret, das sie benetzt, erodirt wird, das Hinaufklettern des Trippers wohl allein durch Anämie und Coitus zu erklären.

In den späteren chronischen Stadien der Uterusgonorrhoe ist die Ausschabung nur zu machen, wenn nach bekannten Regeln Blutungen etc. sie indiciren. Ein Aufflammen von schon vorhandenen Adnexerkrankungen wird doch auch durch manche Behandlungsmethoden gegen diese geradezu erstrebt. Die Absorption alter Exsudate wird dadurch eben so befördert wie die Ausschaltung von Eiteransammlungen durch Abkapselung. Die methodische Tamponade der Uterushöhle scheint dem Bougiren bei der alten Urethritis des Mannes analog zu wirken. Glänzend sind die Resultate keiner Behandlung, auch nicht der Exstirpation der kranken Anhänge. Der Schwerpunkt der Erfahrungen bei der Prostituirtenbehandlung in

San Salvador liegt darin, dass die aus dem Hospital entlassenen Weiber nachweislich den Tripper nicht länger verbreitet haben, obwohl sie im rein bakteriologischen und auch im gynäkologischen Sinne sicher nicht vollkommen geheilt waren. Das muss dem von der Bakteriologie verschuldeten Pessimismus bei der Gonorrhoebehandlung Prostituirter entgegengehalten werden. Auch der andere Einwand, die ungefährlich gemachte, wenn auch nicht ganz geheilte Prostituirte erwerbe sofort einen neuen Tripper, wird durch die Erfahrung in San Salvader und die erfreuliche Zustimmung des Herrn Rösing widerlegt. Soll also die »Sitten«-Kontrolle hygienischen Nutzen haben, so ist die Prostituirte als Kranke, nicht als Sträfling, nach gynäkologischen Regeln zu untersuchen und zu behandeln. Bakteriologie mögen die Forscher freiwillig treiben, aber nicht gezwungenermaßen die Polizeiärzte.

Sitzung vom 5. December 1899.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Schrader.

Herr Rose: »Zur Frage der Perforationsperitonitis im Anschlusse an Partus und Abortus«.

Die Perforationsperitonitis nach Partus und Abortus kann man in 3 Gruppen trennen:

1) Die sog. sekundären Perforationsperitonitiden sind solche, in denen nach der Geburt oder einem Abort entstandene Exsudate in ein Organ der Bauchhöhle oder auf irgend einem Wege nach außen durchbrechen.

2) Das Charakteristische der 2. Gruppe beruht darin, dass während der Geburt sei es schnell spontan oder arteficiell oder langsam durch Gangrän eine Kommunikation der Bauchhöhle mit der Außenwelt hergestellt und auf diesem an und für sich nicht inficirten Wege eine Infektion von außen in die Bauchhöhle geleitet wird, mag bei Eintritt der Perforation schon ein infektiöser Inhalt in Uterus oder Scheide sein, oder ein später sich entwickelnder die gegebene Straße ziehen. Zu dieser Gruppe muss man auch die Fälle von Peritonitis rechnen, die nach instrumenteller Perforation, Kaiserschnitt der Porro-Operation nachweislich ihren Weg von der Uterushöhle durch die entstandene Öffnung genommen haben.

3) Zu dieser Gruppe gehören diejenigen Fälle, in welchen aus einem intra- oder extraperitonealen Organe oder Eiterherde ein Durchbruch von infektiöser Substanz in die Bauchhöhle erfolgt. Eine weitere Theilung dieser primären Perforationsperitonitiden in

a) puerperale

b) accidentelle

kann man danach vornehmen, ob es erst bei der früh- oder rechtzeitigen Geburt entstandene oder schon vorher vorhandene Infektionsherde sind, welche durchbrechen.

Nach Besprechung der Entstehung und der mannigfachen Eintheilung der infektiösen Peritonitisformen spricht sich R. für eine Theilung in diffuse und abgekapselte infektiöse Peritonitis aus, weil hierunter alle Formen fallen, weil diese beiden Arten klinisch von einander zu halten sind und eine wesentliche prognostische Bedeutung haben.

R. folgt dann in seiner weiteren Besprechung der Eingangs gegebenen Eintheilung.

Die erste Gruppe bietet nichts, was sie von den sonst vorkommenden sekundären Perforationsperitonitiden unterscheiden könnte. ad. 2. Wenn auch die Statistik der Uterusperforationen aus leicht verständlichen Gründen keine vollständige ist, so konnte Merz doch 230 Fälle zusammenstellen, darunter war 48mal Peritonitis durch die Sektion bestätigt, wenn auch über den Entstehungsmodus nichts Genaueres gesagt wird, vielfach auch nichts gesagt werden kann. Körte bringt einen Fall von allgemein septischer Peritonitis nach Abort mit einer wahrscheinlich arteficiellen punktförmigen Perforation des Uterus in Verbindung. Ad. 3. R. zählt die ihm bekannt gewordenen wenigen Fälle von puerperaler und accidenteller Perforationsperitonitis auf und kommt dann zu seinem eigenen Falle, dessen ausführliche Veröffentlichung erfolgen wird.

Diskussion: Mit Rücksicht auf den bevorstehenden Vortrag des Herrn Falk sollen alle durch Appendicitis bedingten und hierher gehöriger Fälle von der Diskussion ausgeschlossen werden.

Herr Schrader erhofft nicht viel von der Operation bei bereits diffuser allgemeiner eitriger Peritonitis und spricht sich gegen die Spülungen als Nachbehandlung der drainirten Bauchhöhle aus.

Herr Rose befürwortet diese Spülungen und citirt andere Autoren, welche günstige Erfolge berichteten.

Herr Matthaei berichtet über einen Fall aus der Berliner Frauenklinik: ein kleiner runder Tumor im kleinen Becken behinderte die Geburt. Reposition in Knie-Ellbogenlage, danach spontane Geburt. Nach der Geburt kleiner Puls und Erbrechen. Nach 3 Tagen Tod an septischer Peritonitis. Sektion: Dermoid.

Die Prognose derartiger Fälle hänge ab von der Virulenz des Giftes und der Widerstandsfähigkeit des Individuums. M. räth, die Bauchhöhle nicht nach oben zu, sondern nur nach der Scheide zu zu drainiren. Die Dachbildung des Peritoneums in der Gegend der Linea alba erscheine plausibel bei nur auf das kleine Becken beschränktem Processe, wodurch der primäre Herd ausgeschaltet wird.

An der weiteren Diskussion betheiligen sich noch die Herren Ratjen und Rose.

Neueste Litteratur.

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIII. Hft. 2 und Bd. XLIV. Hft. 1.

1) R. Borrmann. **Ein diffuses Riesenzellensarkom der Cervix uteri mit Metastasen in beiden Ovarien, komplicirt durch Schwangerschaft und Abort im 4. Monate.**

Die 30jährige Kranke war 9 Tage nach dem im 4. Schwangerschaftsmonate erfolgten Aborte an septischen Erscheinungen — instrumentelle Ausräumung des Uterus — zu Grunde gegangen. Die klinische Diagnose lautete auf Sepsis und auf bösartige Neubildung des Uterus und der Ovarien. B. machte die Sektion und untersuchte den Fall im Breslauer pathologischen Institute.

Es fand sich ein primäres, aus polymorphen und namentlich sehr zahlreichen Riesenzellen bestehendes Sarkom der Cervix, das vielfach auf das Corpus übergriff, Metastasen in den Drüsen bis hinauf zum Lungenhilus hervorgerufen hatte und auf dem Wege der Lymphbahn beide Eierstöcke in über faustgroße Tumoren verwandelt hatte.

Hochinteressant ist es ferner, dass trotz Sarkom der Cervix Empfängnis eingetreten war und dass im rechten Ovarium ein fast central gelegenes Corpus luteum ver. nachgewiesen werden konnte. B. schließt aus dieser centralen Lage des Corpus luteum sicher mit Recht, dass das Ovarium zur Zeit der Ovulation noch nicht nennenswerth vergrößert war, dass also das Wachsthum der Tumormetastase außerordentlich schnell vor sich gegangen sein muss.

2) L. Kleinwächter. **Einige Worte über die Komplikation von Uterusmyom und Diabetes.**

Nur 6 Fälle von Uterusmyom mit Komplikation von Diabetes mellitus finden sich in der Litteratur.

2 von diesen Fällen hat K. selbst beobachtet. Sie unterscheiden sich von den übrigen Fällen dadurch, dass die Myome eine geringe Größe zeigten, dass die Blutungen schwach waren und dass der Diabetes keinen hohen Grad erreichte.

Es wäre wünschenswerth, wenn zukünftig auf diese Komplikation der Myome mehr geachtet würde.

3) G. Vogel. **Querlage und Wendung bei Erstgebärenden.**

Zu den bekannten Momenten für die Entstehung der Querlage bei Erstgebärenden fügt V. 2 weitere hinzu: den Uterus arcuatus und den Mangel an Fruchtwasser.

Das Material der Würzburger Klinik liegt der vorliegenden Arbeit zu Grunde; auf die ausführlich beschriebenen Geburtsgeschichten von 5 recht lehrreichen Fällen von Querlage bei Iparen sei besonders aufmerksam gemacht.

Den Worten über die Behandlung der Querlage bei Erstgebärenden wird jeder Praktiker beistimmen.

4) O. v. Franqué. **Ovarialcyste (Hydrops folliculi) mit Abdrehung des Stieles beim Neugeborenen.**

Das Präparat wurde bei der Sektion eines ausgetragenen, 18 Stunden nach der Geburt gestorbenen Neugeborenen gefunden.

Das linke Ovarium war in eine über taubeneigroße cystische Geschwulst verwandelt. Der Geschwulststiel war mindestens 3mal, ohne das Vorhandensein entzündlicher Erscheinungen, so stark gedreht, dass eine Kontinuitätstrennung der linken Tube zu Stande gekommen war. Das rechte Ovarium ließ bei der mikroskopischen Untersuchung den Beginn der kleincystischen Degeneration erkennen.

Ovarialcysten dieser Größe sind bisher noch nicht beim Neugeborenen beobachtet worden.

Die Torsion des Geschwulststieles ist in letzter Linie auf den häufigen Lagewechsel des im Fruchtwasser schwimmenden Fötus zurückzuführen.

5) P. Bröse. **Über Exstirpatio vaginae.**

B. exstirpirte bei einer 32jährigen Frau wegen Carcinoms des oberen Scheidendrittels Vagina und Uterus mit günstigem Erfolge. Die angewandte Methode war die Martin'sche. Er bediente sich desselben Operationsverfahrens mit ebenfalls gutem Ergebnisse bei einer 45jährigen Pat. mit hochgradigem und wegen umfangreicher Verwachsungen irreponiblem Prolaps des Uterus.

B. meint, dass die Martin'sche Methode für die meisten Fälle von Scheidenexstirpation zu empfehlen wäre.

6) F. Ahlfeld. **Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen.**

Die vorliegende Arbeit bildet den 3. und letzten Theil der Aufsätze, die der Verf. über das obige Thema in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht hat.

B. widerlegt in zum Theile ausführlicher Weise die zahlreichen gegen ihn und seine Arbeiten gerichteten Aufsätze anderer Autoren und hält in allen Punkten der entstandenen Polemik seine frühere Meinung aufrecht. Es bezieht sich das im Wesentlichen auf die Bedeutung der Heißwasser-Alkoholdesinfektion, auf die Lehre von der puerperalen Selbstinfektion und — Zwecks Klarlegung der Ätiologie der Wochenbettfieber — auf die Verwendung genauer Fiebermessungen im Wochenbette.

Sicher hat die Lehre von der puerperalen Selbstinfektion im Sinne A.'s während der letzten 10 Jahre mehr und mehr Anhänger gewonnen. Um aber die Erkrankungen an Wochenbettfieber zukünftig noch weiter zu verringern, ist es nothwendig, dass die Geburten in allen Anstalten in der Weise geleitet werden, wie A. es seit Jahren in Wort und Schrift empfohlen und in der Marburger Klinik mustergültig zur Durchführung gebracht hat.

7) G. Klein. **Zur vergleichenden Anatomie und Physiologie der weiblichen Genitalien.**

Abgesehen von einigen Bemerkungen über die Entstehung und die Bedeutung der Missbildungen am Genitale des Weibes handelt der Aufsatz über die Phylogenie der weiblichen Mammarorgane und der accessorischen Geschlechtsdrüsen. Mit der letzteren Klasse vor Drüsen hat sich K. besonders eingehend beschäftigt, da er bekanntlich nachwies, dass die Skene'schen Drüsen als Homologa der Prostatadrüsen zu betrachten sind.

Die accessorischen Geschlechtsdrüsen haben beim Weibe die 2fache Funktion, die Scheide durch ihr Sekret für den Coitus in geeigneter Weise vorzubereiten und gewisse Riechstoffe abzusondern, die wenigstens bei Säugern mit hochentwickeltem Geruchsorgane dazu dienen, zur Zeit der Brunst die getrennt lebenden Männchen und Weibchen einander leichter auffinden zu lassen.

8) R. Meyer. Über Drüsen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen. III. Theil.

Der vorliegende Aufsatz behandelt speciell die Tubenwinkeladenome auf Grund von 5 vom Verf. auf das Genaueste untersuchten und beschriebenen Fällen.

Die Tumoren saßen stets in der Umgebung der Pars interstit. und des Anfangstheiles der Pars isthmica tubae.

Die Schleimhautgenese der Tubenwinkeladenome, die an sich bewiesen ist, war nur in 1 Falle mit Sicherheit auszuschließen.

Für die Urnierengenese im Sinne von v. Recklinghausen konnten 3 Fälle und zwar 1 ganz besonders angeführt werden.

M. meint, man könne vielleicht alle diejenigen Fälle von Tubenwinkeladenom, die von der Mucosa nicht abstammen, von versprengten Urnierenkeimen ableiten.

9) Sticher. Die Bedeutung der Scheidenkeime in der Geburtshilfe.

S. setzte Kulturen von Bac. prodigios. zum Badewasser des Versuches wegen hinzu und konnte nach dem Bade diesen vorher dort nicht vorhandenen Keim in der Scheide sowohl von I- als von Mehrgeschwängerten nachweisen.

Abgesehen von dem Bade sind zahlreiche andere Gelegenheiten des Hineingelangens differenter Keime in die Vagina Hochschwangerer oder Kreißender gegeben.

Diese Möglichkeit des Keimimportes in die Scheide ist bisher von allen Autoren zu gering geachtet, die Selbstreinigungskraft der Scheide im Gegensatze dazu vielfach zu hoch geschätzt worden.

Seit 2 Jahren werden in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik zu Breslau alle Untersuchungen mit sterilen Handschuhen vorgenommen, trotzdem ist die Morbiditätsziffer nicht in der erhofften Weise heruntergegangen.

Eine weitere Verringerung der puerperalen Erkrankungen ist dadurch zu erwarten, dass neben der Asepsis der untersuchenden Hand (sterile Handschuhe) eine Antisepsis in der Behandlung der äußeren Genitalien und des Genitalrohres der Gebärenden zur principiellen Durchführung gelangt.

10) R. Meyer. Über Drüsen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen. IV. Einzelne Drüsen und -Cysten im Myometrium einschließlich der subserösen Drüsen).

Während einige wenige der isolirt gelegenen Drüsen und Cysten des Myometrium auf embryonale Dystopie zurückzuführen sind, müssen die meisten von der Schleimhaut, entstanden durch postfötale Abschnürung, abgeleitet werden.

Die subserösen Drüsen, d. h. Drüsen und Cysten, die mit Vermeidung der Seitenkanten des Uterus ausschließlich vorn und hinten in der subserösen longitudinalen Muskelschicht und in der Serosa selbst gelegen sind, sind in der Mehrzahl der Fälle Abkömmlinge von Einstülpungen des Serosaendothels und wahrscheinlich postfötaler Entstehung. Chronisch entzündliche Reize geben den Anlass zu ihrer Entwicklung.

Anhangsweise berichtet M. in einem V. Abschnitte über einen Fall von gutartiger Wucherung des Lymphgefäßendothels am Corpus uteri dicht unter der Serosa, die auf den Reiz einer Perimetritis chron. zurückzuführen war.

11) G. Burckhardt. Über Thrombose und Embolie nach Myomoperationen.

Unter 236 Myomoperationen wurden im Laufe von 11 Jahren 12 Fälle von Thrombose resp. Embolie mit 6 Todesfällen beobachtet.

Als ein objektives Zeichen der Thrombose fand sich in der Hälfte der Fälle Ödem an einer oder an beiden unteren Extremitäten. Das Mahler'sche Zeichen

war 8mal vorhanden. Diesen letzteren Fällen stehen andere gegenüber, die vorübergehend das Mahler'sche Zeichen darboten, ohne dass sich im Laufe der Rekonvalescenz andere Zeichen einer Venenthrombose auffinden ließen.

Von den Todesfällen waren nur 2 auf die Entwicklung der Thrombose zu beziehen.

Ein anderer Todesfall an Embolie mit ausgedehnten Thrombosirungen der Beckenvenen ereignete sich während des Druckes der Arbeit; äußere Zeichen der Thrombose fehlten, das Mahler'sche Zeichen war nur wenige Tage vorhanden gewesen.

12) O. Polano. Klinische und anatomische Beiträge zur weiblichen Genitaltuberkulose.

Im Laufe nur eines Jahres wurden in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Greifswald 8 Fälle von Genitaltuberkulose beobachtet: 6mal wurde eine Radikaloperation ausgeführt, und 2mal musste der Eingriff wegen zu ausgedehnter Erkrankung auf die Probelaparotomie beschränkt bleiben.

Die bei Genitaltuberkulose vorhandene Sterilität ist auf die Tubenerkrankung zurückzuführen.

Bei 6 mit Radikaloperation behandelten Kranken war 4mal gleichzeitig die Lunge tuberkulös erkrankt.

Die Lungen sind daher Zwecks richtiger Deutung vorhandener Adnextumoren besonders eingehend zu untersuchen. Sind sie erkrankt, so soll im Allgemeinen von einer eingreifenden Operation abgesehen werden, da die Narkose, der Blutverlust und vor Allem das lange Krankenlager eine Exacerbation des Lungenleidens im Gefolge haben.

Eingehende anatomische Untersuchungen der exstirpirten Organe beschließen die fleißige Arbeit.

13) H. Wuelfing. Zur Pathologie der Geschwulstbildung im weiblichen Geschlechtsapparate.

In dem pathologischen Institute der Universität Würzburg wurde die Sektion einer 45jährigen Frau ausgeführt, die von einer recidivirenden Proktitis und Periproktitis aus an allgemeiner Sepsis gestorben war. Das Interessante des Falles liegt für den Gynäkologen darin, dass im Gebiete des ganzen Wolff'schen Körpers Geschwulstbildung gefunden wurde; an der hinteren Muttermundslippe ein beginnendes Carcinom von 1 cm Durchmesser, in dem Uteruskörper mehrere kleine interstitielle Kugelmyome und in beiden Tubenwinkeln typische Adenombildung. Dazu kam, dass in einigen in Folge der Sepsis vergrößerten iliacalen Lymphdrüsen typisches Drüsengewebe konstatirt wurde, das der Verf. von kongenital versprengten Epithelien des Wolff'schen Ganges abzuleiten geneigt ist.

14) A. Christiani. Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Gebärmuttervorfalles.

143 operativ behandelte Fälle von Uterusprolaps aus den Jahren 1893—98 sind der Arbeit zu Grunde gelegt.

Von 84% der Operirten gelang es, Zwecks Feststellung der Dauerresultate Auskunft zu erhalten: fast $^2/_3$ wurden von kompetenter Seite und zwar fast ausschließlich vom Verf. nachuntersucht, von den übrigen waren schriftliche Nachrichten vorhanden.

Bei der weitaus größten Mehrzahl der Prolapskranken war die Ventrifixation und eine scheidenverengernde Operation und zwar speciell die Kolpoperineorrhaphie vorgenommen worden. Von denjenigen Pat., die nach dieser Methode operirt worden waren, standen dem Verf. 83 Dauerresultate zur Verfügung. Bei diesen war in 76% ein tadelloses Dauerresultat erzielt worden, während die Leistungsfähigkeit der Kranken durch die Operation sogar in 87% wiederhergestellt war, Zahlen, mit denen andere Statistiken von Prolapsoperationen auch nicht annähernd konkurriren können.

15) W. Straus. Tubargravidität bei gleichzeitiger Intra-uterin-Schwangerschaft.

Bei einer 34jährigen IIIgravida wurde die Diagnose auf geplatzte rechtsseitige Extra-uterin-Gravidität und wahrscheinlich auf gleichzeitige intra-uterine Schwangerschaft des 4. Monates gestellt. Durch Laparotomie wurden die rechtsseitigen Anhänge entfernt mit gleichzeitiger Ausräumung der in Folge tubaren Abortes entstandenen Hämatocele, die intra-uterine Gravidität wurde bei eröffnetem Abdomen mit Sicherheit festgestellt.

12 Tage nach der Operation entwickelte sich unter hohem Fieber eine Schenkelvenenthrombose der rechten Seite, und es erfolgte am 24. Tage spontaner Abort der entopischen Gravidität. Nach dem Aufstehen kam noch eine linksseitige Schenkelvenenthrombose hinzu, die Pat. wurde nach Hause entlassen, wo sie bald starb.

Es ist dieser Fall der einzige der Litteratur, in dem zu dieser frühen Zeit der Schwangerschaft eine gleichzeitige intra- und extra-uterine Konception, wenn auch nicht mit voller Sicherheit, so doch mit großer Wahrscheinlichkeit diagnosticirt wurde. **Scheunemann** (Breslau).

---

4) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 5.

1) v. Guérard. Herzfehler und Schwangerschaft.

Unter Mittheilung zweier eigener Fälle bespricht Verf. die schwere Gefahr der Herzkranken in Schwangerschaft und Geburt. Er betont, dass oft erst in der Gravidität die gestörte Schlussfähigkeit der Klappen ganz klar wird. In schweren Fällen soll man dann nicht nur den Abort anrathen, sondern wenn möglich schon vorher das strikteste Heirathsverbot aussprechen. Mit Fritsch ist er der Ansicht, dass nach erfolgter Geburt das Sinken des arteriellen Blutdruckes deletär wirkt. Für die weniger schweren Fälle ist die Kunsthilfe bedeutungsvoll und sind die Resultate der Privatpraxis weit besser, als die der Poliklinik.

2) O. Gross (Breslau). Beitrag zur Symphyseotomie im Anschlusse an einen Fall von künstlicher Frühgeburt. Symphyseotomie — Perforation.

Trotzdem die Symphyse auf 7 cm klaffte, konnte der harte Kopf des nicht ausgetragenen Kindes nicht entwickelt werden. Die Ileosacralgelenke hielten Stand. 3 Fälle aus der Litteratur und 12 glücklichere Symphyseotomien Baumm's sind tabellarisch angefügt.

3) Horn (Köln a/Rh.). Über die Wendung auf den Kopf.

Unter ausgiebiger Besprechung der Litteratur und Mittheilung von 9 eigenen Krankengeschichten bespricht Verf. die Indikationen der jetzt nur noch wenig geübten kombinirten Wendung auf den Kopf (Einleiten nach Busch). Er kommt zu dem Schlusse, dass diese Operation besonders bei der künstlichen Frühgeburt Berücksichtigung verdient. Mit Sarwey legt er bei dieser größtes Gewicht auf den Verlauf in Schädellage, deren etwas längere Dauer wohl aufgewogen wird durch die bessere Erhaltung des Kindes. Besonders muss dabei auf möglichst lange Erhaltung der Blase Werth gelegt werden.

4) v. Weiss (Sarajewo). Zur Kasuistik des wiederholten Kaiserschnittes nach Beckenbruch, der Sectio caesarea und der Exstirpatio uteri totius post partum.

Die Frau mit Beckenbruch überstand den Kaiserschnitt 2mal glücklich. Im 2. Wochenbette wurde vorübergehend Lochiometra, im ersten Phlebothrombose beobachtet. Ferner wurde 5mal der Uterus amputirt, 3mal bestand bereits Ruptur des Uterus, von denen 2 tödlich endigten. Endlich wurde noch bei Osteomalakie eine Totalexstirpation per laparotomiam glücklich ausgeführt.

5) G. Vogel (Würzburg). Facialisparese nach Spontangeburt.

Zwei Beobachtungen veranlassen V., darauf aufmerksam zu machen, dass neben den von Olshausen u. A. beobachteten Ursachen Exostosen des Beckengürtels

ätiologisch zu beachten sind. Er meint, dass auf diese so wichtige pathologische Abnormität des Beckens nicht überall das genügende Augenmerk gerichtet werde.

6) Witthauer (Halle a/S.). I. Primäres Tubencarcinom. II. Seltene Ovarialmischgeschwulst. 2 Abbild.

Die Trägerin des doppelseitigen Carcinoms ist früher nie genitalleidend gewesen. Ob die Heilung gelungen, ist zur Zeit noch zweifelhaft. Die Mischgeschwulst enthielt in 3 Abtheilungen eine Ovarialcyste, ein Dermoid und ein carcinomatös degenerirtes Kystom. Pat. ist ca. 3/4 Jahr nach der Operation bereits vom Recidiv befallen. **Roesing** (Hamburg).

Schwangerschaft.

5) **Baran** (New York). Verlängerte Schwangerschaft.

(Med. record 1900. August 4. p. 194.)

Eine schon 46 Jahre alte Ipara wurde 315 Tage nach ihrer letzten Menstruation, nach welcher bald Zeichen beginnender Schwangerschaft aufgetreten waren, von einem lebenden, sehr starken Kinde mit sehr langen Nägeln entbunden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

6) **Niemeyer** (Hilversum). Haematuria graviditatis.

(Med. Weekblad van Noord- en Suid-Nederland 1900. 7. Jaargang. No. 15.)

Kurze Mittheilung von einigen fremden Krankheitsfällen und von einem eigenen Falle. Hier betraf es eine Ipara von 25 Jahren mit tuberkulöser Gonitis. In der Familie Tuberkulose, bei Pat. außer am Knie nichts nachzuweisen. Im 6. Schwangerschaftsmonate Blut im Harne, diverse Epithelien, rothe Blutkörperchen, keine Cylinder, Schmerzen in der linken Seite, nach den Leisten ausstrahlend. Schwangerschaft normal. Kein Blut aus dem Uterus. Katheterurin bluthaltig. Bettruhe, Milchdiät, nach einigen Tagen kein Blut mehr im Harne. Schwangerschaft sonst ungestört endet unerwartet am Beginne des 9. Monates. Verf. denkt an Tuberkulose. **Semmelink** (Leiden).

7) **Stephan** (Amsterdam). Haematuria graviditatis.

(Med. Weekblad van Noord- en Suid-Nederland 1900. 7. Jaargang. No. 19.)

Zwei Fälle. 1) Am Ende des 6. Schwangerschaftsmonates Hämaturie, abwechselnd auch klarer Harn. Im kranken Harne rothe und weiße Blutkörperchen spärlich, Cylinder deutlich. Keine Empfindlichkeit der Nieren, Nephritissymptome fehlen. Therapie erfolglos. Schwangerschaft und Geburt normal, nach letzterer hört die Hämaturie auf, kehrt bei der nächsten Schwangerschaft nicht zurück.

2) XIIpara, 43 Jahre, 2., 11., 12. Schwangerschaft enden mit Abort, alle anderen mit normalen Geburten, Kinder lebend geboren. In der 9. und 10. Gravidität je vom 6.—7. Monate an abwechselnd Hämaturie ohne Schmerzen, Harn in normaler Quantität, oft tagelang bluthaltig. Katheterurin enthält überwiegend rothe, aber auch weiße Blutkörperchen, Blasenepithelien, nie Cylinder. Nieren bei Palpation nicht empfindlich. An den unteren Extremitäten und großen Labien bleistiftdicke Varicen; Hämorrhoiden ad anum, leichtes Ödem der Füße, Konstipation.

Bei Bettruhe, Hochlagerung der Extremitäten, Defäkation hört für wenige Tage die Hämaturie auf, in beiden Fällen nach der Geburt spontan und gänzlich. Bei Umhergehen tritt die Hämaturie wieder auf. Sonst immer gesunder Harn. Verf. hat seiner Zeit an Blasenhämorrhoiden gedacht. **Semmelink** (Leiden).

8) **S. de Marini** (Novara). Tuberkulose und Schwangerschaft.

(Rassegna d'ost. e gin. 1900. April.)

Schwangerschaft und Wochenbett haben im Allgemeinen einen höchst ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Lungentuberkulose (mit Ausnahme vielleicht der chronisch-indurirenden, fibrösen Formen). Andererseits kann auch die Tuber-

kulose störend auf den Verlauf der Schwangerschaft wirken und dem Fötus Gefahr bringen. In Anbetracht dieser Verhältnisse hält Verf. die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in allen Fällen von Lungentuberkulose (mit Ausnahme der oben erwähnten fibrösen Form) für angezeigt. Zum Beweise der Richtigkeit seiner Anschauung berichtet er über 20 Fälle von Schwangerschaft bei tuberkulösen Frauen, welche nach obigen Grundsätzen behandelt wurden. Eine Pat. (vorgeschrittene Lungentuberkulose, künstliche Frühgeburt im 8. Monate) starb 30 Stunden nach der Entbindung. In 3 weiteren Fällen war der Ausgang ebenfalls ein ungünstiger; die betreffenden Frauen (einmal spontane Frühgeburt im 8. Monate, einmal künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft im 7. Monate, einmal Forceps am Ende der Schwangerschaft) verschlechterten sich im Wochenbette derart, dass nach 1—2 Monaten ihr Zustand ein hoffnungsloser war. Diese 4 Fälle dienen zum Beweise dafür, dass Schwangerschaft und Wochenbett die Lungentuberkulose in höchst verhängnisvoller Weise beeinflussen. Hingegen wurde in den übrigen 16 Fällen, wo die Schwangerschaft frühzeitig (2.—6. Monat, nur einmal im 7.) unterbrochen wurde, ein günstiges Resultat erzielt: es trat Besserung oder wenigstens Stillstand der Lungenaffektion ein. Als Operationsmethode empfiehlt Verf. die Einlegung eines Bougie oder eines mechanisch wirkenden Dilatators (Bossi), je nach der Dringlichkeit des Falles.

H. Bartsch (Heidelberg).

9) **E. Tridondani** (Pavia). Die Reflexerregbarkeit und die elektrische Erregbarkeit in der Schwangerschaft.

(Ann. di ost. e gin. 1900. No. 3, und Verhandlungen der ital. Gesellschaft für Gynäkologie. Pavia 1899.)

Verf. stellte seine Untersuchungen an 105 Schwangeren und 50 Nichtschwangeren an. Es wurden sowohl die oberflächlichen (Haut-)Reflexe als auch die tieferen (Sehnen- und Periost-)Reflexe geprüft; von den ersteren kamen hauptsächlich der Augenlid-, Mammar-, Scapular-, Bauch-, Inguinal-, Glutäal- und Plantarreflex in Betracht, unter den letzteren wurden geprüft der Patellar-, Achillessehnen-, Cubital- und Radialreflex. Außerdem wurden noch der Pupillar- und Pharyngealreflex berücksichtigt. Die Untersuchungen erstreckten sich auf verschiedene Epochen der Schwangerschaft, vorzugsweise allerdings auf den letzten Zeitraum vor der Entbindung, so wie auch auf die Dauer der Geburt selbst; sowohl Erstgebärende als Mehrgebärende wurden der Beobachtung unterzogen. Die Resultate hinsichtlich der Reflexe wurden nach den 3 Kategorien »normal«, »schwach« und »verstärkt« geordnet. Die Untersuchung der Pupillenreaktion berücksichtigte das Verhalten bei Lichteinfall und bei Accommodation. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit wurde stets mit dem faradischen Strome vorgenommen und das Ergebnis nach dem Rollenabstande beurtheilt; zur Untersuchung dienten hauptsächlich der N. frontalis, accessorius, ulnaris und peroneus. Die Untersuchungsresultate waren nun, kurz gesagt, folgende: Die Hautreflexe sind in der Schwangerschaft deutlich herabgesetzt, mit alleiniger Ausnahme des Bauchdeckenreflexes, welcher eine leichte Verstärkung zeigt, besonders bei Erstgebärenden. Ob diese letzte Erscheinung durch stärkere Erregbarkeit der Bauchnerven in Folge der mechanischen Ausdehnung der Bauchwände zu erklären ist, oder ob vielleicht die Lage des Reflexbogens in der Nähe des den Uterus erregenden Centrums von Bedeutung ist, lässt Verf. unentschieden. Die Sehnenreflexe sind in der Schwangerschaft entschieden erhöht, ganz besonders der Patellarreflex. Zur Erklärung des letzteren Phänomens zieht Verf. an: Lage des Reflexbogens, stärkere Erregbarkeit der centripetalen Nervenbahnen, Abschwächung der reflexhemmenden Fasern. Der Pharyngealreflex war fast konstant abgeschwächt in der Schwangerschaft, bisweilen gänzlich erloschen. Eigenthümlich war das Verhalten der Pupillen. Während diese nämlich bei der Accommodation prompt reagiren, ist ihre reflektorische Zusammenziehung gegenüber dem Lichteinfalle nur schwach; es fand sich also eine Andeutung von reflektorischer Pupillenstarre. Was die elektrische Erregbarkeit betrifft, so ist dieselbe während der Schwangerschaft durchweg herabgesetzt.

Alle diese Veränderungen der Erregbarkeit sind bei Primiparen stärker ausgeprägt als bei Mehrgebärenden und sind um so deutlicher erkennbar, je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten ist. Etwa 10 Tage nach der Entbindung ist sowohl die Reflexerregbarkeit als die elektrische Erregbarkeit zur Norm zurückgekehrt. Die vom Verf. gefundenen Erregbarkeitsveränderungen werden in Parallele gestellt mit der Hysterie und ebenfalls auf Änderungen in der Funktion der Hirnrinde zurückgeführt. **H. Bartsch** (Heidelberg).

10) **E. Ferroni** (Pavia). Beobachtungen und Untersuchungen über die rhythmischen intra-uterinen Fötalbewegungen.

(Ann. di ost. e gin. 1899, December, und Verhandlungen der ital. gynäkologischen Gesellschaft, Pavia 1899.)

Verf. beschreibt eigenthümliche, auch von anderen Autoren bereits beobachtete Bewegungen des Fötus, die sich von den gewöhnlichen intra-uterinen Fötalbewegungen dadurch unterscheiden, dass sie einen gewissen Rhythmus darbieten, nicht in allen Fällen von Schwangerschaft wahrnehmbar sind und überhaupt der Beobachtung gewisse Schwierigkeiten entgegenstellen. Die Untersuchungen wurden theils an Erstschwangeren, theils an Mehrgebärenden angestellt; alle Frauen befanden sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, meistens in den letzten Monaten. Die Versuchsanordnung war derart, dass ein Glastrichter auf den Bauch der in horizontaler Lage befindlichen Schwangeren aufgesetzt wurde, der mit einer Marey'schen Registrirtrommel in Verbindung stand. Auf diese Weise wurden eine Reihe von Kurven erhalten, die den betreffenden Fötalbewegungen entsprechen. Diese Bewegungen zeigen — immer abgesehen von den gewöhnlichen, ganz unregelmäßigen Kindesbewegungen — deutlich zwei verschiedene Typen; entweder handelt es sich um stoßförmige, brüske, hastige Bewegungen, die durch Pausen unterbrochen sind, oder um kontinuirliche, wellenförmige Bewegungen. Was die erstere Art von Bewegungen betrifft, so schwankt ihre Häufigkeit von 15—34 in der Minute, ihre Gesammtdauer von 1—10 Minuten im Durchschnitte. Sie wurden von mehr als der Hälfte der Schwangeren wahrgenommen, und zwar etwas unterhalb des Nabels. Diese rhythmischen Stöße können bei Tage und bei Nacht auftreten, bisweilen mit periodischer Regelmäßigkeit; sie werden um so deutlicher, je mehr die Schwangerschaft sich dem Ende nähert. Auch unter der Geburt können dieselben beobachtet werden, eben so bei fiebernden Schwangeren. Die Stelle, an welcher diese Stöße wahrgenommen werden, entspricht dem oberen Theile des kindlichen Rückens; nur bei Schädellagen konnte Verf. deutliche Kurven erhalten. Die letzteren selbst zeigen verschiedene Modifikationen ihrer Form. Die zweite Art von Bewegungen giebt wellenförmige Kurven, die keine Pause zwischen sich lassen. Die Gesammtdauer dieser Bewegungen pflegt 4—5 Minuten nicht zu überschreiten, ihre Frequenz beträgt 40—75 in der Minute. Der Prädilektionssitz dieser Art von Bewegungen ist die Gegend um den Nabel herum; unter der Geburt wurden dieselben nicht beobachtet. Die erste Art von rhythmischen Bewegungen ist als eine Äußerung von fötalem Singultus aufzufassen, während die zweite Art als oberflächliche »Athmungsbewegung«, d. h. als einfache Kontraktion der Thorax- und Bauchmuskulatur, gedeutet wird. Beide Arten von Bewegungen sind als durchaus physiologische anzusprechen. Die betreffenden Kurven sind der Arbeit beigegeben. **H. Bartsch** (Heidelberg).

11) **Pearse** (Kansas City, Mo). Fall von doppelter Scheide und doppelter Gebärmutter mit 4 Schwangerschaften.

(Med. news 1900. August 18.)

Die Frau, deren Krankengeschichte hier gegeben wird, suchte den Arzt auf wegen Kopfschmerzen, welche sie nach ihrer etwas lange dauernden 4. Geburt vor 8 Jahren zurückbehalten hatte; das Kind wurde todt geboren, während die ersten 3 Kinder leben. Bei der Untersuchung fanden sich in der Vagina die Reste einer vollkommenen Scheidewand, eben so an der Cervicalportion, doch

konnte die linke Höhle nur $1^1/_2$ Zoll verfolgt werden, die rechte weit tiefer. Links reichte der Riss tief in die Wand der Scheide hinein, während er rechts auf die Portion beschränkt blieb; er war mit blutenden Granulationen bedeckt. Wahrscheinlich war die Schwangerschaft stets in der rechten Gebärmutter eingetreten. Die ersten Entbindungen hatten keine Störungen hinterlassen.

Lühe (Königsberg i/P.).

12) **Morfit** (St. Louis). Schwangerschaft in einem Eileiterstumpfe.

(Med. news 1900. Juni 2.)

2 Jahre und 4 Monate, nachdem M. einer Frau wegen Pyosalpinx die Anhänge rechterseits entfernt hatte, konsultirte ihn dieselbe wieder und zwar in einem Kollapszustande, welcher auf eine innere Blutung und nach Untersuchung auf geplatzte Tubenschwangerschaft bezogen werden musste. Die alsbald ausgeführte Operation ergab zu seinem Erstaunen, dass der Sitz des geplatzten Eisackes der am Ende verschlossene Stumpf der Tube war, das rechte Ovarium fehlte. Dieser Fall ist sicherlich, wenn gut beobachtet, von erheblicher Bedeutung und zwar von mehreren Gesichtspunkten aus. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

13) **A. Doran** (London). Fall von ektopischer Schwangerschaft mit Absterben der Frucht im 8. Monate nach falschen Wehen, Operation 2 Monate später.

(Sonderabdruck aus den Verhandlungen der Obstetr. soc. of London 1900. Juli 6.)

Beginn der 5. Schwangerschaft im Februar nach 4jähriger Pause, baldiger Eintritt von Leibschmerzen und Diarrhöe vom Juli bis Oktober, dann Wehen und Blutung mit septischen Erscheinungen. Durch die Bauchwand konnte man deutlich die Umrisse der Frucht fühlen. Am 12. December operative Eröffnung des im rechten breiten Mutterbande gelegenen Eisackes, der anfänglich mit Gaze ausgestopft, dann drainirt wurde; die Placenta stieß sich allmählich ab, der Körper der Frucht war stark zersetzt. Tod 9 Wochen nach Operation unter chronischer Verstopfung und Sepsis. Erstere wird als Folge der Zusammenziehung des Sackes und Abknickung der Därme angesehen. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

14) **Duncan.** »Versehen« der Schwangeren.

(Lancet 1900. November 3.)

Verf. bekennt sich als Anhänger dieser von der Schulmedicin, wie D. selbst angiebt, verspotteten Theorie. D. berichtet den folgenden Fall: Eine Arztfrau sah im 2. Monate der Schwangerschaft eine missglückte Photographie, auf welcher eine Hand nur den Daumen und kleinen Finger besaß. Das Kind zeigte dieselbe Verbildung. Halket trug in der geburtshilflichen Gesellschaft in Glasgow im Jahre 1891 drei ähnliche Beobachtungen vor. (Es handelte sich bei Halket's Fällen auch um amniotische Abschnürungen. D. Ref.)

Rissmann (Osnabrück).

Verschiedenes.

15) **A. Maclennan** (Glasgow). Messung der Rückbildung des Uterus.

(Glasgow med. journ. 1900. April.)

Verf. hat 3 Jahre lang in der Rotunda früh und Abends bei jeder Wöchnerin bis zum 8. Tage die Entfernung vom oberen Symphysenrande bis zum Fundus uteri messen lassen und theilt nun in der vorliegenden Arbeit die Schlüsse mit, die er aus diesen Messungen machen zu dürfen glaubt. Die Messkurven wurden mit auf der Tafel für Temperatur und Puls verzeichnet. Nach dem 8. Tage giebt die äußere Messung keinen guten Maßstab mehr ab. Der an sich größere Uterus der Multiparen involvirt sich, innerhalb der ersten Woche wenigstens, rascher als

bei Primiparen, »wohl, weil mehr mehr zu involviren ist«. Je jünger die Primipara, auch im 15. und 16. Jahre, um so schneller und vollständiger ist die Involution. Über den Einfluss der Laktation scheint Verf. zu keinem sicheren Resultate gekommen zu sein, wie ja auch die aus der Litteratur hierzu angegebenen Angaben nicht kongruent sind. Entgegen anderen Ergebnissen fand Verf., dass der Fundus am Morgen stets tiefer steht, als am vorhergehenden Abende, und erklärt diesen Widerspruch mit Anderen damit, dass jene, Stevens und Griffiths, direkt nach dem Erwachen, er selbst aber erst einige Zeit nachher gemessen habe, wo sich der Uterus von seiner allmorgendlichen Atonie wieder erholt hatte. Verf. giebt im Allgemeinen zu, dass bei einer Umhergehenden die Absorption und damit die Involution befördert wird durch die Bewegung, will aber von diesem Mittel nur mit Vorsicht therapeutischen Gebrauch gemacht wissen. Über den Einfluss von inneren Mitteln, als Ergotin, Hydrastis und Chloroform (in kleinen wiederholten Dosen gegen schmerzhafte Nachwehen), ist Verf. noch schwankend.

Bei künstlichen Frühgeburten konnte eine Verzögerung der Involution nicht notirt werden, wohl aber bei spontan eintretenden; Verf. schiebt dies nicht sowohl der frühen Entleerung als solcher zu, sondern meint, die Ursachen der Frühgeburt sind auch die Ursachen der schlechten Involution. Anwesenheit von Blutcoagula in der Uterushöhle oder größeren Eiresten verzögern die Involution; kleinere Theile erst dann, wenn dieselben, inficirt, zu fieberhafter Erkrankung führten, eben so wie jede Endometritis, Metritis, Thrombosis septica und andere puerperale Erkrankungen. Jedenfalls betont Verf. die Wichtigkeit des jeweiligen Standes der Involution als Hilfsmittel zur Diagnose und Prognose; letzteres in so fern, als eine ungestört weiterschreitende Involution immerhin als günstiges Moment bei bestehendem Fieber zu betrachten ist, während ein hoher, schlapper Uterus die Prognose verschlechtert. In so fern kann indirekt die Höhe des Fundus die Therapie mit beeinflussen; das dieser Beziehung aber gewidmete specielle Kapitel hat nicht viel zu sagen. **Zeiss** (Erfurt).

16) G. W. S. Paterson (Edinburg). Bemerkungen zu einem Falle von plötzlichem Tode nach der Geburt durch Herzaffektion und Pneumonie.

(Edinb. med. journ. 1900. Februar.)

Eine 32jährige IIpara, über deren Vorgeschichte, bei der Besonderheit des Falles, nichts weiter zu eruiren war, wurde 10 Tage vor erwartetem Geburtseintritt von heftiger Dyspnoe befallen, Schmerz in der Herzgegend, Husten, Auswurf von blutigem Schaum und Schleim. Sie konnte kaum berichten, dass sie schon 2 ähnliche Anfälle in dieser Schwangerschaft gehabt hätte. Hochgradige Cyanose, Dämpfung hinten auf beiden Lungen, Herzaktion so rapid (44) und stürmisch, dass Geräusche nicht differencirt werden konnten, leichtes Fieber (38,6); keine Ödeme, keine Wehen. Am anderen Morgen fand P. die Frau auf dem Bettrande sitzend, Kind und Nachgeburt auf dem Boden vor sich; keine Blutung, Diagnose Thrombose der Pulmonalis. Whisky, Strophantus, Aderlass vergeblich. Tod am Abend. Die Sektion ergab: Alte Endokarditis, Stenose der Aorta und Mitralis, Hypertrophie beider Ventrikel. Auf beiden Lungen Pneumonie und Ödem; linke Niere vollkommen cystisch degenerirt.

Die eigentlich schweren Symptome hatten in diesem Falle also 24 Stunden a. p. eingesetzt. Die schweren Herzstörungen waren jedenfalls unabhängig von der Geburtsthätigkeit, wohl durch die Pneumonie hervorgerufen und im Vereine mit dieser die Ursache des verfrühten Geburtsbeginnes. Die vollkommene Zerstörung der einen Niere ist für die Eklampsiefrage von Interesse. **Zeiss** (Erfurt).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 26. Januar.** **1901.**

Inhalt.

I.

Über den Nachweis von Hakenzangenspuren an den Muttermundslippen.

Von

R. Chrobak.

Vor Kurzem wurde mir zur gerichtsärztlichen Begutachtung ein Fall von Uterusperforation vorgelegt, welche gelegentlich der Ausräumung eines Abortus aller Annahme nach durch eine Hakenzange entstanden war. Der beschuldigte Arzt behauptete, er habe die Portio mit der Hakenzange angefasst und herabgezogen, es könne demnach die Perforation, welche in dem Fundus des Uterus saß, nicht durch diese zu Stande gekommen sein. Bei der 5 Tage nach geschehener Verletzung vorgenommenen Autopsie war makroskopisch an der Portio vaginalis keinerlei Verletzung oder eine Narbe nach einer solchen zu sehen und war danach angenommen worden, dass die Portio überhaupt nicht gefasst worden sei.

Bei dieser Gelegenheit wurde die Frage offen, wie lange Zeit die Spuren eines solchen Anhakens an den Muttermundslippen sicht-

bar blieben. Hierüber gelang es mir nicht, irgend einen Aufschluss zu erhalten. Auch in der gerichtsärztlichen Litteratur finden sich, so viel mir bekannt ist, keine derartigen Angaben.

Ich habe desshalb meinen Assistenten, Herrn Dr. Peham, veranlasst, eine Reihe von Versuchen über diese Frage zu protokolliren, deren Resultate wohl für die Beurtheilung, speciell des Gerichtsarztes, nicht ohne Werth sind. In erster Linie war es wichtig, weil durch den gefragten Fall gegeben, den Heilungsverlauf jener Hakenzangenverletzungen zu beobachten, welche an einem nur kurze Zeit schwangeren Uterus oder an einem solchen zu Stande gekommen waren, der kurz zuvor abortirt hatte. Es lag von vorn herein nahe, zu erwarten, und es wurde diese Annahme durch die mitzutheilenden Versuche zur Gewissheit, dass sich solche Verletzungen bei dem puerperalen Uterus ganz anders verhielten, als bei dem nicht schwangeren. Desshalb wurden hauptsächlich Fälle zur Beobachtung gewählt, in denen Behufs Ausräumung oder Entfernung von Fruchtresten nach einem Abortus der Uterus durch Anhaken mit der Zange fixirt wurde. Des Vergleiches halber wurden aber auch einige nicht schwangere Uteri nach Applikation der Hakenzange untersucht.

Begreiflicherweise hängt sehr viel von der Beschaffenheit dieser Zange und von der Kraft ab, mit welcher der Uterus herabgezogen und seine Lippen gequetscht werden. Wir verwenden ausschließlich aus der amerikanischen Kugelzange hervorgegangene einfache Hakenzangen (eine ganz gleiche war auch von dem beschuldigten Arzte gebraucht worden), deren Haken 1 cm lang, an der Basis 2—3 mm dick sind. Diese Haken gehen im Bogen, annähernd rechtwinklig, von dem Arme des Instrumentes ab, und bei geschlossener Zange kreuzen sich ihre Spitzen auf über die Hälfte ihrer Länge. Hieraus folgt, dass die Zangenarme ziemlich weit von einander abstehen, so dass die gefasste Muttermundslippe nicht oder nur wenig gequetscht wird. In allen Fällen wurde das gleiche Instrument verwendet. Es wurde mit demselben im Spiegel, mit Ausnahme eines einzigen Falles (20), die vordere Muttermundslippe angefasst und die Zange möglichst locker, meist durch das Einspringen in den ersten Zahn der Crémaillère geschlossen. Natürlich war auch hierdurch nicht eine volle Gleichmäßigkeit hergestellt, hängt der Grad der Quetschung doch noch von der Dicke und Beschaffenheit der Muttermundslippe ab. Der Uterus wurde in der Mehrzahl der Fälle nur Behufs Fixation angehakt, ein Herabziehen fand nur einige wenige Male und da äußerst behutsam und in geringem Maße statt.

Aus den Protokollen des Zimmers, auf welches die Aborten gelegt werden, führe ich nun das Folgende an:

Fall 1. J.-No. 1617. M. H., 25 Jahre alt, Abortus incompl. mens. III. Anhaken der vorderen Lippe, digitale Ausräumung am 29. Mai 1900. Am 30. und 31. war die Wunde im Speculum deutlich sichtbar. Am 4. Juni war nichts mehr wahrnehmbar.

Fall 2. J.-No. 1616. A. G., 20 Jahre alt, Abortus incompl. mens. II. Am 29. Mai Ausräumung wie im Falle 1; am 30. Mai die Wunde kaum, am 31. gar nicht mehr sichtbar.

Fall 3. J.-No. 1710. R. D., 31 Jahre alt, Abortus incompl. mens. V. (krimineller Abortus). Am 17. Juni wurden die Muttermundslippen angefasst, der Uterus ausgeräumt und ausgespült, Exitus letalis an Sepsis am 12. Juni. Der Fall wurde gerichtlich obducirt. Am ausgeschnittenen Uterus makroskopisch keine Spur der Hakenzange zu entdecken. (Obduktion Prof. Kolisko.)

Fall 4. J.-No. 1825. A. L., 41 Jahre alt, Abortus incompl. mens. IV. Am 17. Juni Ausräumung wie bei 1 und 2, am 18., 19. und 20. die Wunde deutlich, am 21. und 22. nur mehr wenig und am 22. gar nicht mehr zu sehen.

Fall 5. J.-No. 1840. K. D., 23 Jahre alt, Abortus incompl. mens. IV. Operation wie oben am 18. Juni. Am 19. war die Wunde deutlich sichtbar, schon am 20. aber nichts mehr zu entdecken.

Fall 6. J.-No. 1851. J. D., 26 Jahre alt, Abortus incompl. mens. III. Die vordere Muttermundslippe am 20. Juni 2mal gefasst, Curettement. Am 22. Juni nur mehr eine Wunde, am 25. Juni auch von der zweiten Zangenspur nichts mehr sichtbar.

Fall 7. J.-No. 2053. T. St., 32 Jahre alt, Abortus incompl., Placentarpolyp. Am 10. Juli wurden die Muttermundslippen angehakt, am 13. war keine Spur der Verletzung nachzuweisen.

Fall 8. J.-No. 2138. M. R., 28 Jahre alt, Abortus incompl. mens. III. Am 20. Juli Einhaken und Curettement, am 23. Juli keine Spur der Verletzung.

Die vorerwöhnten 8 Fälle betrafen ausnahmslos Aborten in früher Zeit der Schwangerschaft. Sie wurden im Krankenzimmer des Gebärhauses behandelt und beobachtet. Die nachfolgenden Versuche stammen aus der gynäkologischen Klinik.

Fall 9. J.-No. 14255. M. W., 35 Jahre alt, Uterus myomatosus. Am 15. Juni mit der Hakenzange angefasst, am 18. Juni vaginale Totalexstirpation des Uterus. Die Wunde war noch deutlich sichtbar (s. mikroskopischen Befund).

Fall 10. J.-No. 14642. B. S., Endometritis. Am 19. Juni Ausschabung unter Fixation mit der Hakenzange. Erst am 7. Tage, am 26. Juni, sind die Spuren der Hakenzange verschwunden.

Fall 11. J.-No. 14675. K. H., 42 Jahre alt, Uterus myomatosus. Behufs Untersuchung wurden die Muttermundslippen am 19. Juni mit der Hakenzange angefasst (Dr. Knauer). Bis zum 3. Juli war die Wunde deutlich sichtbar. Von da ab trat an der Stelle des Hakens eine umschriebene Röthung auf, welche erst am 14. Juli vollkommen verschwand.

Fall 12. J.-No. 15290. B. W., 28 Jahre alt, Endometritis. Am 26. Juni Ausschabung. Die Wunde von der Hakenzange war bis zum 10. Juli sichtbar, von da ab noch durch 3 Tage Röthung, wie in dem vorigen Falle.

Fall 13. J.-No. 15330. J. Z., 36 Jahre alt, Endometritis post abortum. Am 25. Juni mit der Hakenzange 2mal angefasst. Am 2. Juli war die Wunde nicht mehr sichtbar.

Fall 14. J.-No. 15566. V. S., 35 Jahre alt, Endometritis post partum. Am 30. Juni die vordere Lippe 2mal gefasst. Die Kranke wurde erst wieder am 22. Juli untersucht, wo keine Spur der Hakenzange mehr nachweisbar war.

Fall 15. J.-No. 15601. T. D., 25 Jahre alt, Endometritis. Die vordere Lippe wurde am 30. Juni mit der Zange gefasst. Am 4. Juni waren noch deutliche Spuren vorhanden, dann entzog sich die Kranke der Beobachtung.

Fall 16. J.-No. 15967. A. Sch., 52 Jahre alt, Carcinoma corporis uteri. Am 3. und 4. Juli wurden die Muttermundslippen je 1mal mit der Hakenzange gefasst. Bei der am 11. Juli vorgenommenen Totalexstirpation waren die Stellen der Zangenspitzen deutlich sichtbar. Von der mikroskopischen Untersuchung musste abgesehen werden, weil die Portio bei der Operation durch wiederholtes Ausreißen der Hakenzange zerfetzt worden war.

Fall 17. J.-No. 16067. J. B., 28 Jahre alt, Endometritis. Am 6. Juli eingehakt, Curettement. Am 11. Juli war die Wunde noch deutlich zu sehen, am 13. war sie verschwunden.

Fall 18. J.-No. 16587. J. M., 41 Jahre alt, Carcinoma corporis uteri. Am 11. Juni wurde die vordere Muttermundslippe Behufs Einführung eines Laminariastiftes der Diagnose halber angehakt, am nächsten Tage wird die Anhakung wiederholt. Am 23. Juni wurde die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen, wobei die Hakenwunden noch deutlich sichtbar waren (s. mikroskopischen Befund).

Fall 19. J.-No. 16779. S. P., 44 Jahre alt, Mola hydatitosa, etwa in der 12. Woche der Schwangerschaft. Am 15. Juni wurde die vordere Muttermundslippe gefasst und die Uterushöhle digital ausgeräumt (Dr. Knauer). Am 18. Juni war von der Hakenzange keine Spur mehr zu finden.

Fall 20. J.-No. 16224. M. N., 33 Jahre alt, Hämatocele. Am 21. Juli wurde die hintere Muttermundslippe gefasst und hoch gezogen Behufs Incision im hinteren Scheidengewölbe. Am 27. Juli war die Wunde noch deutlich sichtbar, später wurde die Frau nicht mehr beobachtet.

Der mikroskopischen Untersuchung wurden 2 Fälle, 9 und 18, zugeführt. Beide betrafen nichtpuerperale Uteri, so dass ein Vergleich des Verhaltens solcher Verletzungen des puerperalen und des nicht puerperalen Uterus nicht möglich ist. Aus dem Protokolle des Herrn Dr. Peham hebe ich hervor: Im Falle 9 handelte es sich um ein Uterusmyom, im Falle 18 um ein Funduscarcinom. Das erste Objekt wurde am 4. Tage nach erfolgtem Einhaken bei der Operation gewonnen. Das excidirte Stück wurde in Müller'sche Flüssigkeit eingelegt, in aufsteigendem Alkohol nachgehärtet und in Paraffin geschnitten. Die Schnittserien wurden leider nicht senkrecht auf den Wundkanal gelegt. Die Orientirung des Objektes war eine schwierige, nachdem der erzeugte Wundkanal in Folge der leichten Krümmung der beiden Zangenhäkchen keinen geraden Verlauf in die Tiefe nahm und außerdem durch die Härtung des Objektes das Gewebe verzogen war. Man konnte an den Schnitten außer dem Defekte am Oberflächenepithel einen unregelmäßig begrenzten, feinen Wundkanal sehen, in dessen Umgebung sich zahlreiche Anhäufungen von Leukocyten und geringe Blutungen fanden. Im 2. Falle, der erst am 13. Tage nach erfolgter Anhakung operirt und dann in derselben Weise wie Fall 1 konservirt und geschnitten wurde, ließ sich das gleiche Bild feststellen, nur waren hier keine frischen Blutungen mehr zu sehen, sondern stellenweise in der nächsten Umgebung der Einstichstellen Anhäufungen von Pigment und ein an Leukocyten reiches Granulationsgewebe mit Bildung von neuen Gefäßen. In beiden Fällen war nicht stark an der Hakenzange gezogen, sondern die Portio bloß Behufs Einlegens eines Laminariastiftes in die Cervix mit der Zange fixirt worden.

Aus den 12 Beobachtungen an den Kranken der gynäkologischen Klinik sind vorerst einige auszuscheiden, denn verwerthbar sind nur jene Fälle, welche dauernd beobachtet wurden und in denen der Zeitpunkt des Verschwindens der Spuren der Hakenzange sicher festgestellt werden konnte. So sind die Fälle 9, 14, 15, 16, 18 und 20 nicht beweisend; im Falle 9 wurde der Uterus am 3. Tage nach gesetzter Verletzung bei noch sichtbaren Spuren exstirpirt, im Falle 14 kann man nur sagen, dass nach 22 Tagen keine Spur mehr vorhanden war. Diese kann aber auch schon früher verschwunden gewesen sein, da die Kranke die ganze Zeit einer fieberhaften Affektion wegen nicht untersucht worden war. Der Fall 15 blieb nur bis zum 5. Tage in Beobachtung, zu welcher Zeit die Verletzungen allerdings noch deutlich sichtbar waren. Auch im Falle 16 dauerte die Beobachtung nur bis zum 7., resp. 8. Tage, wo die Exstirpation des

Uterus ausgeführt wurde. Bis dahin waren die Hakenspuren deutlich sichtbar. Dasselbe gilt vom Falle 18, in welchem ebenfalls die Exstirpation des Uterus gemacht wurde, doch waren hier die Spuren nach 12 Tagen noch deutlich; im Falle 20 dürfte einerseits eine größere Kraft angewendet worden sein, weil hier die Portio nach oben und vorn dislocirt werden musste; am 6. Tage waren aber noch deutliche Wunden vorhanden.

Es erübrigen also nur 5 Fälle (10, 11, 12, 13 u. 17), in welchen konstatirt werden konnte, dass am 7., 25., 17., 7. und 7. Tage die durch die Hakenzange gesetzten Verletzungen nicht mehr zu sehen waren. Eine Ausnahme bildete der Fall 19, in welchem schon nach 4 Tagen die Muttermundslippen intakt erschienen. Hier handelt es sich aber um einen schwangeren Uterus, wesshalb dieser den ersten 8 beobachteten Fällen anzureihen ist, so dass 9 Beobachtungen bei puerperalem Uterus 5 verwerthbaren Beobachtungen bei nicht puerperalem Uterus gegenüberstehen.

Die Thatsache an sich ist speciell für den Gerichtsarzt wichtig, dass die durch die Hakenzange unter möglichst gleichen Umständen gesetzten Verletzungen an den Muttermundslippen nach sehr verschiedenen Zeiträumen nicht mehr nachweisbar sind und auch schon nach wenigen Tagen wenigstens dem unbewaffneten Auge nicht mehr sichtbar sein können. Aus der Abwesenheit solcher Verletzungsspuren dürfen demnach nur sehr vorsichtig Schlüsse gezogen werden, und nach den vorliegenden Beobachtungen kann man schon nach 2 Tagen nicht mehr behaupten, dass eine Anhakung nicht stattgefunden habe. Es ist aber wohl sehr bemerkenswerth, dass ein wesentlicher Unterschied besteht, je nachdem ein puerperaler oder nicht puerperaler Uterus mit der Zange gefasst wurde. In den 9 Fällen der ersten Kategorie waren die Spuren nach 4 (19. Fall), 2 (2. Fall), 5 (3. Fall) — es kann aber auch noch früher gewesen sein — 6 (4. Fall), 2 (5. Fall), 2 und 5 (6. Fall) — es war hier 2mal angefasst worden — 3 (7. Fall), 3 (8. Fall) und nach 4 (9. Fall) Tagen verschwunden, so dass man sagen kann, im Duchschnitte könne man schon nach 4 Tagen die Verletzungsspuren an dem puerperalen Uterus einer lebenden Person nicht mehr nachweisen, während sich bei dem nicht puerperalen Uterus der Durchschnitt auf 12 Tage stellt. Diese Aussage betrifft natürlich nur die Oberfläche der Muttermundslippen, Beobachtungen an den tieferen Gewebsschichten wurden, da keine Veranlassung zu einer Exstirpation des Uterus oder zur Excision von Gewebsstücken aus den Muttermundslippen vorlag, nicht gemacht. Doch erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass sich auch hier Unterschiede im Verlaufe der Heilung solcher Stichverletzungen ergeben. Was die Erklärung der Thatsache anbelangt, dass die Hakenzangenspuren in so kurzer Zeit unsichtbar werden können, so ist dies wohl auf die auffallend rasche Epithelregeneration zu beziehen, welche ja im puerperalen Uterus um vieles energischer stattfindet als in dem nicht puerperalen.

II.

(Aus der Universitätsfrauenklinik zu Marburg.)

Über den suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner.

Von

Dr. Fritz Kühne,

Privatdocenten und I. Assistenten der Klinik.

Der Aufforderung meines verehrten Chefs, Herrn Geh.-Rath Ahlfeld, über die in der Marburger Frauenklinik ausgeführten Laparotomien mit suprasymphysärem Kreuzschnitte zu berichten, komme ich gerne nach.

Im Jahre 1896 hatte ich in Breslau Gelegenheit, die ersten Fälle von Kreuzschnitt, die mein früherer Chef, Herr Geh.-Rath Küstner, ausführte, zu sehen, und dank seiner Liebenswürdigkeit konnte ich selbst in einer Reihe von Fällen die Schnittführung anwenden. Auch Herr Geh.-Rath Ahlfeld wendete in der Folgezeit dieselbe in geeigneten Fällen verschiedentlich an, und da auch er mit den Resultaten der Methode zufrieden war, so wird jetzt principiell der suprasymphysäre Kreuzschnitt in gewissen, später näher zu bezeichnenden Fällen ausgeführt.

Nachdem Küstner die erste Mittheilung über seine Methode der Schnittführung gemacht hatte[1], erschien eine Modifikation von Frantzen[2], welcher so vorging, dass er gelegentlich einer ventralen Fixation des Uterus wegen Prolaps die fixirenden Silkwormsuturen durch den oberen Hautlappen führte. Auf diese Weise glaubte er am besten die todten Räume, die sich allerdings leicht unter dem oberen, etwas abpräparirten Hautlappen bilden, vermeiden zu können.

In ähnlicher Weise verfuhr Kahn[3]. Er operirte ebenfalls einen totalen Prolaps und fixirte den Fundus uteri mit 2 Seidennähten, die durch Peritoneum, Fascie und Haut gingen. Einen Monat nach der Operation kontrollirte Kahn das Resultat und konstatirte, dass die Narbe durch den Haarwuchs gänzlich bedeckt war. Pat. soll gerade über die Unsichtbarkeit der Narbe sehr erfreut gewesen sein. Kahn macht besonders auf die Bedeutung der Schnittführung bezüglich der Narbe aufmerksam, namentlich bei straffen Bauchdecken, ohne übrigens diese Ansicht näher zu begründen.

Eine Diskussion über den suprasymphysären Kreuzschnitt fand in der Sitzung der Gynäkologischen Gesellschaft zu Krakau am 12. Januar 1897[4] statt. Mikucki führte 2mal den Küstner'schen Schnitt aus, 1mal bei einer Ovariotomie und 1mal gelegentlich einer

[1] Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1896. Bd. IV. p. 197.
[2] Centralbl. f. Gyn. 1897. p. 464.
[3] Centralbl. f. Gyn. 1897. p. 990.
[4] Ref. Monatssch. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI. p. 544.

Ventrifixur. Beide Male hat er sich gut bewährt und soll auch der Entstehung einer Hernie in genügender Weise vorbeugen. Switalski erkennt die Vorzüge der Schnittführung an. Bei Operationen jedoch, bei denen man einen größeren Einblick in die Bauchhöhle haben müsse, erschwere und verzögere der Küstner'sche Schnitt die Operation. Er musste in einem Falle von Kastration bei Osteomalacie noch einen Längsschnitt machen. Wesshalb bei dieser Schnittführung weniger Hernien entstehen sollten, sieht Switalski nicht ein. Ferner greift noch v. Mars in die Diskussion ein; jedoch ist aus dem Referate nicht klar ersichtlich, wie er sich zu der Frage stellt.

Hofmeier äußert sich in seinem »Grundriss der gynäkologischen Operationen« über die Schnittführung folgendermaßen[5]: »Ich halte an diesem Längsschnitte in der Linea alba fest, weil der suprasymphysäre Schnitt ganz komplicirte Wundverhältnisse giebt, für größere Geschwülste kaum ausreichen dürfte, und weil es nach meiner Erfahrung den Operirten ziemlich gleichgültig ist und sein kann, ob eine Narbe auf ihrem Bauche sichtbar ist oder nicht.«

Abel[6] erwähnt nur kurz die Küstner'sche Schnittführung und macht darauf aufmerksam, dass Rapin zuerst die Methode des Kreuzschnittes eingeführt habe, und zwar im Interesse der Ästhetik.

In neuester Zeit erschien eine Arbeit von Pfannenstiel[7], welcher den Kreuzschnitt so modificirt, dass er nicht nur die Haut, sondern auch die Fascie quer spaltet und dann erst zwischen den Mm. recti längs das Peritoneum eröffnet. Diese Modifikation hat Pfannenstiel desshalb eingeführt, weil er glaubt auf diese Weise mit Sicherheit eine Hernie vermeiden zu können. Sodann zieht er diese Methode unter allen Umständen der Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus vor: der Überblick über das Operationsfeld ist ein viel besserer, Adhäsionen können exakt unter Leitung des Auges gelöst werden. Der Schnitt wurde in 51 Fällen zur Anwendung gebracht. Das konnte ich in der Litteratur über den Kreuzschnitt finden.

Wenn ich nun im Folgenden auf die in unserer Klinik operirten Fälle eingehe, so muss ich von vorn herein bemerken, dass die Zahl der Operationen nur eine kleine ist. 12 Fälle sind es, über die ich berichten kann. Dass es nicht mehr sind, liegt einmal daran, dass wir bei beweglichen Retroflexionen, leichten Scheidenvorfällen die Pessartherapie ausgiebig probiren und erst dann, wenn es sich zeigt, dass dieselbe im Stiche lässt oder aus anderen Gründen sich nicht durchführen lässt, die Operation vorschlagen. Fixirte Retroflexionen kommen überhaupt wenig zur Beobachtung. In manchen Fällen konnten wir die Adhäsionen in Narkose bimanuell trennen, den Uterus aufrichten und ein Pessar einlegen, und bei den übrigen ergab die Untersuchung so umfangreiche Veränderungen an den Adnexen

[5] p. 71.
[6] Arch. f. Gyn. Bd. LVI. p. 672.
[7] Sammlung klin. Vorträge. N. F. No. 268.

(umfängliche entzündliche Tumoren, Sactosalpingen etc.), dass von vorn herein der Längsschnitt ins Auge gefasst wurde. Ferner möchte ich betonen, dass das Krankenmaterial sich vorwiegend aus der Landbevölkerung rekrutirt, die hier vor der Hand nur sehr schwer zu einem operativen Eingriffe zu bringen ist, wenn man nicht die Erkrankung als äußerst gefährlich darstellt.

Schließlich wäre noch auf einen Punkt aufmerksam zu machen. Das Kranken- und Invalidengesetz gewährt Pat. mit Retroflexionen eine Unterstützung, die aufhört, wenn das Leiden durch eine Operation beseitigt wird. Wir zweifeln nicht daran, dass eine Reihe unserer Kranken aus diesem Grunde die Operation ablehnt.

Trotzdem nun ein Material von nur 12 Fällen zur Verfügung steht, möchte ich dennoch nicht auf eine Veröffentlichung verzichten. Natürlich werde ich nicht große Schlussfolgerungen machen, sondern ich möchte nur objektiv über die Resultate berichten und auf diese Weise einen kleinen Beitrag liefern zu der noch wenig beachteten Frage des suprasymphysären Kreuzschnittes. Sollte von anderer Seite später ein größeres Material der Öffentlichkeit übergeben werden, so dürften vielleicht unsere 12 Fälle als eine bescheidene Beisteuer zur Statistik nicht unwillkommen sein.

Die Operationen wurden theils von Herrn Geh.-Rath Ahlfeld, theils von mir während dessen Erkrankung ausgeführt.

In 5 Fällen gab die Indikation zur Operation ab Retroflexio mobilis, einmal fand sich darunter ein Prolaps der vorderen Vaginalwand. In sämmtlichen Fällen war vorher, zum Theil auswärts, Pessarbehandlung versucht worden. Mit Ausnahme eines Falles, in dem ein Pessar abgelehnt wurde, haben wir selbst einige Zeit lang Pessare eingelegt und zwar die verschiedensten Sorten. Als wir uns überzeugten, dass die Behandlung nutzlos sei, wurde zur Operation geschritten. Von Komplikationen fanden sich 2mal vergrößerte Ovarien, welche den Trägerinnen Schmerzen machten. Dieselben wurden mit der Tube gelegentlich der ventralen Fixation entfernt. In sämmtlichen Fällen von Retroflexion wurde die eben genannte Operation ausgeführt, einmal die vordere und hintere Kolporrhaphie angeschlossen.

Die übrigen Fälle vertheilen sich folgendermaßen: 1 Prolapsrecidiv mit Hypertrophie der vorderen Muttermundslippe, 1 inkompleter Vorfall, besonders der vorderen Vaginalwand mit in Mittelstellung liegendem Uterus, 5 komplete Vorfälle.

Im ersten Falle war früher wegen Uterusprolaps auswärts die Kolporrhaphie ausgeführt worden.

Sämmtliche Fälle von Prolaps behandelten wir so, dass wir in einer Sitzung den Uterus ventral fixirten und die Scheide verengerten. Der Uterus wurde etwas unterhalb des Fundus mit 2 ziemlich kräftigen Suturen an die Bauchdecken angenäht derart, dass die Fixationsnähte durch Peritoneum und Fascie hindurch gingen. Sie wurden nach dem Knüpfen kurz abgeschnitten und versenkt. Als Nahtmaterial wurde durchweg Seide verwendet. An diesen abdominalen

Eingriff schloss sich dann eine scheidenverengernde Operation und zwar vordere und hintere Kolporrhaphie 3mal, hintere Kolporrhaphie allein 2mal und vordere Kolporrhaphie 1mal an.

2mal wurde die einseitige Salpingo-oophorektomie gemacht. Das Ligament wurde ebenfalls mit Seide abgebunden.

Bei der Indikationsstellung haben wir uns also im Wesentlichen an diejenige Küstner's gehalten, indem wir den Kreuzschnitt nur bei Operationen anwandten, bei denen die Bauchhöhle nicht zu umfangreich eröffnet zu werden braucht. Ich glaube, dass man gut thut, den Kreuzschnitt nur dann auszuführen, wenn man mit Gewissheit nicht mit irgend welchen Komplikationen bei der Operation zu rechnen hat. Zweifellos kann man im Verlaufe der Operation den Längsschnitt durch Fascie und Peritoneum noch erweitern, wenn es nöthig ist. Sollte sich aber die Nothwendigkeit ergeben, die Bauchhöhle ausgiebig zu eröffnen, so würde man unter Umständen die Haut noch in der Längsrichtung spalten müssen, so dass ein T-Schnitt resultirte. Dadurch werden aber sicherlich komplicirte Wundverhältnisse geschaffen. Dass übrigens auch eingreifende Operationen mittels des Querschnittes erledigt werden können, geht aus der Veröffentlichung Pfannenstiel's hervor. In 3/4 der Fälle handelte es sich um entzündliche Erkrankungen erheblicheren Grades, 9mal wurde wegen leichterer Entzündungen (6mal fixirte Retroflexionen, 3 einfache Pelveoperitonitiden), 6mal wegen Tubenschwangerschaft, 1mal wegen Lithokelyphopädion, 1mal wegen Uterusmyoms (supravaginale Amputation) mit doppelseitigem papillären Ovarialtumor und 1mal wegen eines mannskopfgroßen Ovarialtumors operirt. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, dass alle diese Fälle auch unter Anwendung des Küstner'schen Schnittes hätten operirt werden können. Pfannenstiel giebt an, dass bei der Eröffnung der Bauchhöhle nach seiner Methode eine kreisrunde Öffnung entstehe, wenn man die Bauchdecken seitlich auseinanderziehe, durch welche eine Faust mittlerer Größe passiren könne. So groß war die Öffnung auch bei Anwendung des Küstner'schen Schnittes. Allerdings hebt Pfannenstiel hervor, dass die Bauchdecken sich sehr leicht seitlich verziehen lassen, wenn sie von der sie deckenden Aponeurose befreit sind. Den Vortheil, den Pfannenstiel für seine Methode in Anspruch nimmt, dass er »den Schnitt wegen seines tiefen Sitzes geraden Weges zu dem eigentlichen Operationsgebiete führe«, haben wir in unseren Fällen von Küstner'schem Schnitte niemals vermisst.

Kontraindicirt ist der Querschnitt bei großen soliden Ovarientumoren, oder bei solchen Geschwülsten, die unverkleinert exstirpirt werden müssen, wie dies Küstner besonders betont hat.

Bei der Ausführung des suprasymphysären Kreuzschnittes haben wir die Vorschriften Küstner's befolgt, ohne zu modificiren. Steile Beckenhochlagerung. Schnitt quer durch die Haut dicht an der oberen Grenze der Pubes oder in der Hautfalte, die sich fast regelmäßig oberhalb der Symphyse findet. Nach sorgfältiger Blutstillung

(Anlegen von Klemmen, die später abgenommen werden) wird der obere Hautlappen nach oben gezogen, die Fascie durchtrennt, die Linea alba aufgesucht und schließlich das Bauchfell in derselben eröffnet. Letzteres wird provisorisch durch einige Nähte an den Bauchdecken befestigt, da sich dasselbe ohne diese Maßregel bei den nothwendig werdenden Manipulationen leicht auf größere Strecken abhebt.

Ein Punkt wäre vielleicht noch bei Anlegung des Schnittes zu beachten. In einem Falle nämlich wurde bei der Durchtrennung der Linea alba der Raum zwischen Blase und Symphyse eröffnet, so dass eine allerdings nicht sehr umfangreiche, extraperitoneal gelegene Höhle entstand, in welche bei Schluss der Wunde ein schmaler Jodoformgazestreifen eingelegt und nach außen geleitet wurde. Irgend welche Folgen hat dieses Ereignis auch bezüglich der Wundheilung nicht gehabt. Immerhin wäre darauf zu achten, dass man den Längsschnitt nicht zu tief legt, sondern dass man den oberen Hautlappen kräftig nach oben zieht. Auf diese Weise kommt die Fascienwunde fast ganz unter den oberen Hautlappen zu liegen.

Bei der Naht der Hautwunde ist es besonders wichtig, Taschenbildung zu vermeiden. Frantzen glaubte dies dadurch zu erreichen, dass er die Fixationsnähte des Uterus durch den oberen Hautlappen legte. Küstner ging bei seinen ersten Kreuzschnitten so vor, dass er durch den oberen Hautlappen 2 Matratzennähte etwa 2 cm vom Wundrande entfernt anbrachte. Auch wir haben uns bei unseren Fällen dieser Matratzennähte bedient, welche mit Sicherheit den oberen Hautlappen so auf der Unterlage befestigen, dass Taschen nicht entstehen können. Beobachtet man nun noch bei Anlegung der Hautnähte die Vorsichtsmaßregel, den Faden so durch die Haut und die Fascie zu führen, dass er möglichst wenig in der Wunde sichtbar ist, so kann man auf eine glatte Wundheilung rechnen. Diese Annahme hat sich bei unseren 12 Fällen bestätigt. Die höchste Temperatur, die erreicht wurde, war 38,1. Die Heilung der Wunde erfolgte in sämmtlichen Fällen glatt. Nur einmal waren 2 Stichkanäle etwas feucht, ohne dass aber etwa Eiter abgesondert wurde. Von Stichkanaleiterung kann also keine Rede sein. Ich hebe dieses gute Resultat besonders hervor, da zur Naht nur Seide verwendet wurde, welcher von vielen Seiten der Vorwurf gemacht wird, dass sie zu einer stärkeren Sekretion der Stichkanäle Anlass gebe. Abgesehen von den erwähnten 2 feuchten Stichkanälen war die Wunde so trocken, als wenn wir impermeables Nahtmaterial angewendet hätten.

Wir können demnach in unseren Fällen den Ausspruch Hofmeier's nicht bestätigt finden, dass der suprasymphysäre Kreuzschnitt ganz komplicirte Wundverhältnisse schaffe. Denn wo komplicirte Wundverhältnisse sind, muss man auch eher einmal auf eine Störung in der Wundheilung gefasst sein.

Pfannenstiel erlebte unter seinen 51 Fällen 6 Bauchdeckeneiterungen, er betont aber, dass dieselben mit der Schnittführung nichts zu thun haben. Immerhin ist aber zu bedenken, dass bei dem Fascienquerschnitt nicht nur die äußere Haut, sondern auch die Fascie von ihren Unterlagen abpräparirt wird. Die Gefahr der Taschenbildung ist also an 2 Stellen vorhanden. Jedenfalls muss bei dem Fascienquerschnitt die Fasciennaht besonders exakt ausgeführt werden, wie dies Pfannenstiel selbst hervorhebt (l. c. p. 1742).

Wenn wir unter den 12 Fällen keine Störung in der Wundheilung erlebten, so haben wir dies neben der exakten Naht sicher auch der bei uns üblichen Reinigung der Bauchdecken zu danken. Ich möchte an dieser Stelle mit einigen Worten auf dieselbe eingehen. Herr Geh.-Rath Ahlfeld that derselben bereits Erwähnung in seiner Arbeit: »Alkohol als Desinficienz«[8].

Vor der Operation erhält die Pat. einige Vollbäder, das letzte am Abend vor dem Operationstage. Kurz vor der Operation werden die Bauchdecken gründlich mit Seife, heißem Wasser und Bürste gereinigt, und dann wird mit Tavel'scher Lösung, die dem Fritsch-schen Sterilisationsapparate entnommen ist, der Seifenschaum sorgfältig entfernt. Der Operateur, welcher seine Hände fertig desinficirt hat, reibt nunmehr kräftig die Bauchhaut mit sterilisirten Flanelllappen, die in 96%igen Alkohol getaucht sind, ab. Bis zu Beginn der Operation bleibt das Operationsfeld mit einem in Alkohol getauchten Tuche bedeckt.

Diese Methode der Vorbereitung hat uns innerhalb der letzten 3 Jahre, alle Laparotomien berücksichtigt, einmal im Stiche gelassen. Sonst hat sie sich auch bei Anlegung von großen Längsschnitten stets bewährt, so dass wir am 10. Tage stets trockene Narben oder nur wenige feuchte Stichkanäle vorfanden. Eine Ausnahme von dem Gesagten bilden die Fälle, in denen eine Drainage des kleinen Beckens durch den unteren Wundwinkel nach außen statt hatte. Hier gelingt es wohl niemals, die der Drainagestelle zunächst liegenden Nähte trocken zu erhalten.

Nicht unwichtig für die Wundheilung scheint auch die Behandlung der Bauchdecken im Verlaufe der Operation zu sein. Pfannenstiel (l. c. p. 1747) will die Bauchdecken durch Anlegen von Servietten mit gleicher Sorgfalt wie die Därme vor Berührungen schützen. Sehr zweckmäßig scheint es mir auch zu sein, die Bauchdecken während der Operation mit den Bauchdeckenhaltern nicht zu sehr zu maltraitiren. In Fällen, in denen es nöthig ist, die Wunde stark aus einander zu ziehen, soll man öfters einmal mit dem Zuge nachlassen und vor Allem vermeiden, dass der Rand des Instrumentes sich in die Wunde selbst einbohrt. Ferner dürfen die zur Blutstillung an den Bauchdecken verwendeten Klemmen namentlich dann, wenn sie die äußere Haut mitfassen, nicht zu lange liegen bleiben, größere Gefäße sollte man am besten gleich unterbinden.

[8] Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. X. p. 119.

Nach Schluss der Wunde betupfen wir dieselbe mit 96%igem Alkohol und legen Jodoformgaze auf, ohne ein Deckmittel in Pasten- oder Pulverform anzuwenden. Dabei scheint der Alkohol entschieden eine austrocknende Wirkung auszuüben. Der Verband besteht aus Watte, Zellstoff und einer breiten Flanellbinde.

Über das spätere Befinden liegen von 9 Pat. Nachrichten vor:

Von den 5 wegen Retroflexion Operirten konnte ich 2 persönlich untersuchen. In beiden Fällen fand sich eine feste Narbe. Von einer Hernie war nichts zu entdecken, eben so wenig konnte irgend eine verdünnte Stelle in der Fascie nachgewiesen werden. Der Uterus lag in beiden Fällen antefixirt. Die Pat. fanden sich zur Untersuchung ein 1 Jahr, 4 Monate bezw. 8 Monate nach der Operation. Während bei der 1. Pat. das Befinden sich wesentlich gebessert hatte, änderte sich der Zustand der 2. Pat. so, dass nach der Operation die Menstruation 3 Monate lang ausblieb. Dann aber stellten sich wieder sehr starke monatliche Blutungen ein, die schmerzhaft waren, wenn auch nicht in dem Grade wie vor der Operation. Die Untersuchung ergab, wie erwähnt, einen antefixirten Uterus, der aber auffallend groß war, und zwar erschien die hintere Wand des Uterus besonders hervorgebuchtet. Wahrscheinlich handelt es sich um Myombildung. Bei der Operation war der Uterus in toto etwas groß. Jedoch ergab die sorgfältige Abtastung des Uterus keine Anhaltspunkte für ein Myom. Wir führten desshalb die Vergrößerung damals auf die Retroflexion, die so lange bestanden hatte, zurück. Therapeutisch wurde in letzter Zeit bei dieser Pat. kurettirt und fast ein Esslöffel voll Schleimhaut entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Endometritis interstitialis.

Ferner liegen 2 briefliche Nachrichten vor, 2 Monate und 20 Monate nach der Operation.

Beide Pat. berichten übereinstimmend, dass das Befinden ein weit besseres sei, als vor der Operation. An der Narbe haben sie keine Veränderung bemerkt. Eine Pat. ließ meine Briefe unbeantwortet.

Von 5 wegen kompleten Uterusprolapses operirten Pat. habe ich 3 untersucht, 1 Jahr 2 Monate, 1 Jahr 1 Monat und 2 Monate nach der Operation.

Bei der 1. (untersucht 1 Jahr 2 Monate p. op.) notirte ich: Narbe ganz vom Haarwuchse bedeckt, nur mit Mühe zu entdecken, keine Hernie, auch keine dünne Stelle in der Fascie. Uterus mit seiner vorderen Wand an der Bauchwand adhärent. Vagina eng. Im Introitus ist ein kleiner Zipfel der hinteren Vaginalwand sichtbar. Pat. hat während der Zeit nach der Entlassung schwere Feldarbeit geleistet. Sie hat nach der Operation ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt.

Bei der 2. Pat. (1 Jahr 1 Monat p. op. untersucht) bestand wieder ein Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand. Uterus noch adhärent. Die Narbe ist vollkommen bedeckt von Haaren. Keine

Hernie, auch keine verdünnte Stelle in der Fascie. Pat. giebt an, dass sie etwa $^1/_2$ Jahr nach der Operation sich sehr schonen konnte. Dann nahm sie eine Stelle als Dienstmädchen an und musste schwer arbeiten. Seitdem hat sich wieder der Vorfall eingestellt. Ich möchte bemerken, dass in diesem Falle als scheidenverengernde Operation nur die hintere Kolporrhaphie gemacht wurde, vielleicht ist die Unterlassung der Ausführung der vorderen Kolporrhaphie Schuld an dem Misserfolge.

Bei der 3. Pat. zeigten sich 2 Monate nach der Operation normale Verhältnisse.

Über eine Pat. hat der behandelnde Kollege berichtet. Er konnte eine Hernie nicht nachweisen. Beim Pressen wölbt sich die vordere Vaginalwand etwas vor. Außer leichten Beschwerden beim Uriniren hat Pat. nichts zu klagen.

Eine Pat. ließ nichts von sich hören.

Die wegen eines Prolapsrecidivs operirte Pat., bei der wir die ventrale Fixation und die Amputation der vorderen Muttermundslippe ausführten, schrieb 3 Monate nach der Operation, dass die Narbe gut verheilt sei, zuweilen sei sie etwas roth. Jedoch soll wieder Vorfall bestehen. Vor der Menstruation beständen Rückenschmerzen und Schmerzen im Leibe, die verschwinden, sobald die Menstruation da ist. Einer Aufforderung, sich vorzustellen, leistete Pat. keine Folge.

Die wegen inkompleten Uterusprolaps operirte Pat. war nicht aufzufinden.

Ich möchte an dieser Stelle nicht genauer auf die Resultate eingehen, so weit sie die Beseitigung der Retroflexion oder des Prolapses betreffen. Die Erörterung dieser Frage gehört nicht hierher, da die Heilerfolge mit der Art der Schnittführung nichts zu thun haben, und da es nicht meine Absicht ist, die Vortheile der einen oder anderen Prolaps- oder Retrodeviationsoperation zu besprechen. Kurz möchte ich nur erwähnen, dass sich die Art der Fixirung des Uterus durch Seidennähte, die durch Peritoneum und Fascie hindurch gingen, bewährt hat. Der Uterus war in den 5 Fällen, die nachuntersucht sind, fest fixirt, und 3 Pat. berichteten brieflich über ihr gutes Befinden, so dass kein Grund vorliegt, einen Misserfolg anzunehmen. Bei einer Pat. (Prolapsrecidiv) lag der Uterus antevertirt vor der Operation.

Zur Beurtheilung der Frage, ob die Küstner'sche Schnittführung eine Hernienbildung ausschließe oder die Gefahr einer solchen vermindere, ist die Zahl der operirten und der nachuntersuchten Fälle zu klein. Wenn ich bei 5 nachuntersuchten Pat. eine Hernie nicht fand, so beweist diese Thatsache nichts. Nur etwas fiel bei der Untersuchung auf; ich fand nämlich auch bei Pat., die nach 1 Jahre erst zur Untersuchung kamen, in der Gegend des Fascienschnittes, also unter dem oberen Hautlappen eine längs verlaufende, ziemlich dicke Narbenmasse, die auch eine ziemliche Breiten-

ausdehnung aufwies. Unmöglich wäre es nicht, dass diese feste Narbe für die Fascie eine nicht zu unterschätzende Stütze abgäbe. Dass die Narbe desshalb so dick ist, weil Haut- und Fascienschnitt sich kreuzen und durch die Matratzennähte auch die seitlich dem Schnitte liegenden Fascienbezirke herangezogen werden, ist wahrscheinlich.

Schließlich möchte ich den kosmetischen Effekt nicht außer Acht lassen. Manchmal hatte man Mühe, die Narbe zu entdecken. Sie war einerseits von den Pubes bedeckt, andererseits so lineär, dass sie in der Hautfalte oberhalb des Mons veneris vollkommen verschwand. Ebenso waren auch die Stellen, an denen die Nähte gelegen hatten, nicht oder nur wenig mehr zu sehen. Ich meine, eine solche gleichsam unsichtbare Narbe wäre doch einer breiten, mit noch jahrelang sichtbaren Stichkanälen vorzuziehen.

Aus dieser kurzen Mittheilung geht also für uns hervor, dass wir keinen Grund haben, von der Küstner'schen Schnittführung abzugehen. In geeigneten Fällen werden wir sie nach wie vor anwenden.

III.

(Aus der Baseler Frauenklinik.)

Nochmals zur puerperalen Gangrän der unteren Extremitäten.

Von

Dr. E. Wormser, I. Assistenzarzt.

Vor Kurzem berichtete G. Burckhard[1], im Anschlusse an meine Publikation[2], über 2 Fälle von Gangrän der unteren Extremitäten im Wochenbette, die kurz nach einander an der Würzburger Klinik zur Beobachtung gekommen sind. Diese weitere Bereicherung der einschlägigen Kasuistik giebt mir die Gelegenheit, nochmals kurz auf den Gegenstand zurückzukommen, um eine bedauerliche Lücke in meinen Litteraturangaben auszufüllen. Ich hatte nämlich vergessen, das treffliche Werk meines früheren Chefs, Prof. P. Müller in Bern, »Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunktionen« (Stuttgart, 1888) zu konsultiren[3]. Darin ist das Vorkommen dieser Wochenbettskomplikation bereits kurz besprochen (p. 483 und 484). Müller citirt einen Fall von Duflocq[4], den ich im Originale nachlesen konnte:

---

[1] G. Burckhard, Gangrän der unteren Extremitäten im Wochenbette. Centralblatt für Gynäkologie 1900. No. 51.

[2] E. Wormser, Über spontane Gangrän der Beine im Wochenbette. Ibid. No. 44.

[3] S. auch P. Müller's Handbuch der Geburtshilfe Bd. II. p. 955.

[4] P. Duflocq, Gangrène du pied droit ayant determiné la mort un mois ½ après l'accouchement. — Progrès médical 1882. p. 1013.

Es handelt sich um eine 38jährige Vpara, die am Ende der Gravidität plötzlich von heftigen Schmerzen, verbunden mit dem Gefühl von Eingeschlafensein im rechten Fuße, befallen wurde; derselbe fühlte sich kühl an, war erst livide, später schwärzlich. Die Geburt erfolgte normal — wie lange nach Beginn der Affektion, ist nicht angegeben. D. sah die Pat. 4 Wochen post partum. Ihr Allgemeinbefinden war schlecht, der Fuß schwarz, unempfindlich, mit deutlicher Demarkationslinie. Glykosurie (früher keine Erscheinungen von Diabetes), Tod am 29. Tage nach der Aufnahme. Die Autopsie ergab neben einer leichten Verdickung der Mitralis ein festhaftendes Gerinnsel der Art. femoralis dextra, das sich in den Hauptarterien bis in den Fuß hinunter verfolgen ließ; in den Venen nur sekundäre Thrombosen. Die mikroskopische Untersuchung der Poplitea ergab Endarteriitis.

Merkwürdigerweise schließt der Autor eine Embolie aus, da kein Ausgangspunkt dafür vorhanden sei. Ich glaube, die Veränderung an der Mitralis als solchen bezeichnen zu können. Vielleicht kommt aber auch als ätiologisches Moment die bestehende Glykosurie in Betracht; denn dass die anamnestischen Angaben negativ ausfielen, schließt einen schon vorher vorhandenen und also ursächlich wichtigen Diabetes nicht aus. Jedenfalls sind diese Erklärungen plausibler als die vom Autor selbst in Betracht gezogenen (Druck des kindlichen Schädels auf die Iliaca oder körperliche Überanstrengung in der Schwangerschaft bei schlechtem Allgemeinbefinden).

Duflocq erwähnt dann noch 2 Fälle von Maurice Raynaud (symmetrische Gangrän bald nach der Geburt) und einen angeblich im »Lancet« 1876 publicirten Fall, wo Gangrän der 4 Extremitäten und der Nase 6 Wochen post partum auftraten. Da genauere Litteraturhinweise fehlen, konnte ich die betr. Orginalmittheilungen leider nicht auffinden[5].

Die Duflocq'sche Beobachtung betrifft eine in der Schwangerschaft entstandene Gangrän. Eben so verhält es sich mit 2 weiteren, von Müller citirten Fällen — der eine publicirt von J. B. Swayne[6], der andere »aus der Sammlung von Heymann« (ohne genauere Angabe) — und mit einem in der Berner Klinik beobachteten und von Müller mitgetheilten Fall:

34jährige Erstgebärende. Vor 12 Jahren Unterschenkelgeschwüre rechts. Vor 8 Wochen Schüttelfrost, Fieber. Nach 8 Tagen neuer Frost, Schmerzen im rechten Beine; allmähliche Entwicklung scharf umschriebener gangränöser Stellen am Fuße und Unterschenkel. In diesem Zustande Aufnahme in die Klinik und Entbindung durch die Zange. Wochenbett fieberhaft. Exitus am 4. Tage. Sektion ergab außer einigen alten, dünnen Thromben in den Muskelvenen

[5] Im Inhaltsverzeichnisse der beiden Bände des »Lancet« vom Jahre 1876 ist das Wort »gangrene« gar nicht enthalten; einen Autornamen giebt aber Duflocq nicht an.

[6] Gangrene of the thigh during the seventh month of pregnancy. Transact. of the obstetr. soc. of London Vol. XXV. 1883. p. 215.

der Wade keine Thrombose der großen Venen. (Über den Zustand der Arterien ist nichts bemerkt.)

Ich habe einen ähnlichen, an der hiesigen chirurgischen Klinik zur Amputation gekommenen Fall von symmetrischer Gangrän beider Füße bei bestehendem Vitium cordis und Schwangerschaft im 4. Monate (normale Frühgeburt im 8. Monate, Genesung) desshalb in meinem ersten Aufsatze nicht erwähnt, weil in all diesen Fällen Schwangerschaft und Gangrän sich wohl nur zufällig kompliciren, während bei der in direktem Anschlusse an das Wochenbett auftretenden Affektion meist ein kausaler Zusammenhang besteht.

Referate.

1) P. Petit (Paris). Die Nabel-Beckenaponeurose.

(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1900. No. 4.)

Eine sehr fleißige Arbeit, die im Stande ist, die Arbeiten von Rosthorn (Veit's Handbuch) und von Sellheim (Atens) zu ergänzen.

Sehr hübsche und instruktive Abbildungen sind beigegeben:

1) Beckenschnitt, der etwas rechts von der Medianlinie angelegt wurde. Rectum, Vagina und Blase werden mäßig mit Gelatine gefüllt.

2) Durchschnitt des kleinen Beckens, koncentrisch zum Uterus.

3) Dito.

4) Vertikaler und frontaler Durchschnitt der rechten Beckenhälfte.

5) Elemente der beiden oberflächlichen Segmente (isthmisches und vesicales) des hypogastrischen Stranges.

6) Schnitt durch die 3 Segmente des hypogastrischen Stranges (isthmisches, vesicales und vaginales).

7) Ligamentum pelvi-recto-genitale.

8) Dito.

Der Verf. zeigt die bevorstehende Publikation seiner Gesammtuntersuchungen der Anatomie des kleinen Beckens an: »Elemente der gynäkologischen Anatomie vom klinischen und operativen Standpunkte aus«. Carré et Nand, Verleger.

Beuttner (Genf).

---

2) B. Robinson (Chicago). Anatomie, Physiologie und Pathologie des Bauchfelles.

(Med. record 1900. Juli 28.)

Auch in diesem sehr lesenswerthen Aufsatze kehrt die Behauptung wieder, dass die innere mit Endothel ausgekleidete Fläche des Bauchfelles wahre Stomata besitze, die sich in die subperitonealen Lymphkanäle öffnen. Sie liegen an den Stellen, wo mehrere Endothelstellen an einander stoßen, und sind mit granulären, polyedrischen Zellen mit Kernen eingefasst. Am zahlreichsten finden sie sich am

Zwerchfelle, woselbst in Folge dessen auch die größte Fähigkeit vorhanden ist, feste Körner aus Flüssigkeiten aufzusaugen.

Außer den Stomata vera giebt es noch Stomata spuria, welche in interendothelialen Räumen liegen und bei der Aufsaugung von flüssigen Exsudaten gleichfalls mit behilflich sind. Die Absonderung von Flüssigkeit ist in so fern eine Schutzwehr gegen die Infektion, als dadurch die körperlichen Elemente, also auch die pathogenen Mikroorganismen zerstreut werden. Das hauptsächlichste Schutzmittel des Körpers gegen die Infektion stellen aber die weißen Blutkörperchen dar, welche aus den wahren und falschen Stomata austreten und denen Verf. phagocytische Eigenschaften zuspricht. Schon bei den Fischen tritt das Peritoneum auf und zeigt auch dort schon die beschriebenen Stomata, welche somit unzertrennlich von dem Begriffe eines Bauchfelles sind. Übrigens stellen die Stomata nicht den einzigen Weg für die Resorption dar, vielmehr treten noch Imbibition, Infiltration und Osmose hinzu, vermittelt durch die lebendigen Kräfte der Zelle und den intraabdominalen Druck.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Geburtshilfliche Gesellschaft in Edinburg.

(Brit. med. journ. 1900. November 24.)

Zur Eröffnung der 62. Session der Gesellschaft hält der Vorsitzende Milne Murray den 1. Vortrag, der hauptsächlich die Geschichte der Geburtshilfe zum Inhalte hat. Lehrreich sind besonders die Betrachtungen über das Wochenbettfieber. Die Sterblichkeit im Wochenbette beträgt noch immer 5000 in jedem Jahre, und merkwürdigerweise fallen auf 1000 Geburten

in den Jahren 1847—1856 1,89 Todesfälle an Wochenbettfieber
» » » 1875—1884 2,28 » » »
» » » 1886—1895 2,46 » » »

Die Versuche, die gemacht sind, zur Erklärung dieser Erhöhung die Unwissenheit und Pflichtvergessenheit der Hebammen verantwortlich zu machen, muss man als verfehlt bezeichnen. In Schottland werden zur Zeit von Ärzten mehr Geburten geleitet, als in der Mitte des Jahrhunderts.

Die Einführung der Narkose und der Antiseptica haben namentlich die praktischen Ärzte zu einer Operationswuth geführt, der mit Nachdruck entgegengetreten werden muss.

Darauf sprach Berry Hart über Ectopia vesicae. Die Blase entsteht nicht aus der Allantois, abgesehen von dem oberen Theile, sondern aus dem Enddarme. Die Ektopie entsteht durch Veränderungen oder Spaltungen der Kloakenmembran.

Ballantyne berichtet über eine Kleidotomie und empfiehlt, die Durchtrennung des Schlüsselbeines mit der Schere vorzunehmen.

Rissmann (Osnabrück).

---

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Nordengland.

(Lancet 1900. November 3.)

Hellier (Leeds) präsidirt in der Sitzung am 19. Oktober.

Briggs (Liverpool) berichtet über eine Tubenmole. Die Geschwulst lag auf dem Beckenboden und wurde von der Scheide aus entfernt. Eine Hämato-

cele war nicht vorhanden. B. vermuthet, dass Blut aus dem uterinen Ende der Tube abgeflossen ist, wodurch die Spannung der Tubenwandungen vermindert wurde.

Donald (Manchester) operirte eine Tubargravidität aus dem 5. Monate. Die Frucht lebte, und die Placenta saß auf dem Lig. latum. D. vermuthet, dass die Placenta im Eileiter saß, um so mehr, als keine Anzeichen einer Ruptur vorhanden gewesen waren. Einige Stunden nach der Operation wurde eine uterine Decidua ausgestoßen.

Lea (Manchester) entfernte per vaginam eine rupturirte Tube, nachdem er vorher eine Hämatocele von beträchtlicher Größe ausgeräumt hatte.

Gemmel (Liverpool) demonstrirt eine gestielte, fibrocystische Geschwulst, die zwischen die Platten des Lig. latum gewachsen war. Der Uterus konnte erhalten werden.

Der Vorsitzende legte vor:

1) einen mit zahlreichen Myomen durchsetzten graviden Uterus;

2) doppelseitige, vereiterte Ovariencysten; die Pat. hatte vor 14 Monaten Puerperalfieber gehabt.

Davies (Liverpool) berichtet über 2 Ovariotomien, bei denen Stieltorsionen gefunden wurden. Eine 3. Ovariotomirte hatte bei der Operation einen Puls von 140 und akute Peritonitis, genas aber ohne Komplikationen.

Rissmann (Osnabrück).

---

5) Chicago gynaecological Society.

Sitzung vom 15. Juni 1900.

Stehmann berichtet über einen Fall, bei dem fälschlich eine Ureterenfistel diagnosticirt war. Nach der Operation eines großen, stark verwachsenen, intraligamentären Myoms fand man nach 36 Stunden den Verband mit Urin durchtränkt. Da aus der Blase und aus der Fistel, welche ursprünglich zur Drainage benutzt war, ungefähr gleiche Urinmengen entleert wurden, so nahm man eine Ureterfistel an, hauptsächlich, da gefärbte Flüssigkeiten, die unter hohem Drucke in die Blase getrieben wurden, nicht aus der Fistel abflossen. In Narkose versuchte man von der erweiterten Fistel den Ureter aufzusuchen; da aber bei den Manipulationen die Blase einriss und der Ureter nicht gefunden wurde, so beschränkte man sich zunächst auf die Naht der Blase. Hierauf floss kein Urin mehr ab und die Fistel war bald geschlossen, so dass S. mit Sicherheit eine Ureterfistel ausschließt und nur eine Blasenverletzung annimmt. S. glaubt, dass eine Ureterenkatheterisation diagnostisch auch im Stiche gelassen hätte, da der Katheter vielleicht in das proximale Ende des verletzten Ureters eingedrungen wäre und man alsdann durch den Urinabfluss getäuscht sein würde. (Wahrscheinlich hätte eine einfache cystoskopische Untersuchung den Fall geklärt. Ref.)

Stahl empfiehlt hierauf in längerem Vortrage die digitale Ausräumung bei Abort gegenüber der Ausschabung. Als Hauptgründe führt S. an, dass man mit dem Finger Fremdkörper besser fühlen und die Eitheile ohne Zerfetzung entfernen könne. So entdeckte S. einmal im Uterus Theile eines Stiftes, der von der Frau zur Einleitung des Abortes selbst eingeführt war. Statt des Zeigefingers empfiehlt S., den Mittelfinger in den Uterus einzuführen, während der 4. und 5. Finger im hinteren Scheidengewölbe und der 2. Finger im vorderen Gewölbe liegt.

Lee und Kolischer billigen den Standpunkt Stahl's. K. betont die Perforationsgefahr, in der man bei Anwendung der Curette bei septischen Aborten schwebt; er bevorzugt den Zeigefinger.

Bacon meint, dass die Schwierigkeiten bei den Fällen vorhanden sind, wo der Cervicalkanal nicht geöffnet ist. Die brüske Dilatation hält er für gefährlich, selbst Hegar'sche Stifte geben oft große Verletzungen. Aus diesen Gründen ist die Anwendung des Fingers beschränkt.

Peterson fürchtet die Curette nicht, misstraut auch der Reinlichkeit der Finger; jedenfalls ist der Zeigefinger dem Mittelfinger vorzuziehen.

Lyons stimmt Stahl bei, nur bei septischen Aborten soll gründlich geschabt werden. Bei frühzeitigen Fehlgeburten ist ebenfalls, um die oberen Partien des Uteruscavums zu entleeren, zur Curette zu greifen.

Stahl nimmt stets Laminariastifte zur Erweiterung der Cervix.

Rissmann (Osnabrück).

---

6) Kgl. medicinische und chirurgische Gesellschaft.

(Lancet 1900. November 17.)

Lewers berichtet über die Endresultate von 40 wegen Carcinom unternommenen vaginalen Hysterektomien. 27,5% (11 Fälle) waren 2—7 Jahre nach der Operation gesund und ohne Recidiv. Eine genaue Untersuchung in Narkose wurde stets vorgenommen, ehe man sich zur Operation entschloss. Nur wenn die Erkrankung sich auf den Uterus beschränkte, führte L. die Hysterektomie aus. In der letzten Zeit hat L. bei frühzeitigen Erkrankungen die supravaginale Cervixamputation ausgeführt.

Briggs (Liverpool) hat über 56 maligne Erkrankungen des Uterus (10 Corpus- und 46 Cervixcarcinome) bestimmte Nachrichten. Höchstens 10 Fälle sind noch recidivfrei zu nennen, obwohl bei einzelnen derselben eine Infiltration der Ligg. lata sich auch noch als eine carcinomatöse herausstellen kann. Günstiger war der Erfolg beim malignen Adenom.

Amand Routh wünscht Lewers zu seinen Erfolgen Glück und betont die Schwierigkeiten, welche man hat, von den Operirten verlässliche Nachrichten zu bekommen. R. scheinen Corpuscarcinome bösartiger als Cervixcarcinome zu sein. Ein Recidiv wurde nach 7 Monaten entdeckt.

Bouremann Jessett steht auch auf dem Standpunkte, dass eine gewisse Anzahl von Uteruscarcinomen durch die Operation heilbar sind, aber die frühzeitige Diagnose ist die Hauptsache.

Tate will die Operationen nicht nur bei Fällen anwenden, in denen die Erkrankung auf den Uterus beschränkt blieb. Champneys tritt Tate entgegen und empfiehlt rectale Untersuchung.

Herbert Spencer führt an, dass der Amerikaner Byrne 400 Uteri allein mit dem Glüheisen entfernt und dabei nur 1 Todesfall erlebt hat.

Lewers sagt im Schlussworte, dass er an eine maligne Degeneration von Myomen, welche die Autoren behaupten, nicht glaubt.

Rissmann (Osnabrück).

---

7) Geburtshilfliche Gesellschaft in London.

(Lancet 1900. November 17.)

Unter dem Vorsitze Alban Doran's bespricht Croft eine ektopische Schwangerschaft, die er für eine ovarielle halten muss. Die Oberfläche der Cyste enthielt Follikel (Graaf'sche?), während andere Gewebe, die man für ein Ovarium hätte halten können, auf der betreffenden Seite nicht zu finden waren. Dagegen war die mikroskopische Untersuchung der Wand unsicheren Resultates. Die Tube war völlig normal.

Lewers hat zum 2. Male mit gutem Erfolge bei derselben Frau wegen Tubargravidität laparotomirt.

Haig Ferguson hat kürzlich 14 ähnliche Fälle zusammengestellt.

Horrocks empfiehlt die Untersuchung des Croft'schen Präparates durch eine Kommission.

Bland Sutton wird dann von dem Vorhandensein ovarieller Schwangerschaften überzeugt sein, »wenn ein Embryo nebst Eihäuten in einem Sacke sich befinden, welcher vom Eierstocke gebildet wird«. Die Publikation Tussenbroek's nebst einem Kommissionsberichte über das Croft'sche Präparat wird vielleicht

wissenschaftliche Beobachter von der Möglichkeit primärer ovarieller Schwangerschaften überzeugen.

Folgende Präparate werden demonstrirt:

von Nodes und Frank Hindt: ein Aneurysma der Milzarterie, welches gleich nach einer Geburt geplatzt war;

von Bland Sutton: eine Tubenmole, welche im Begriffe war, aus dem Fimbrienende zu gehen;

von Targett: akute eitrige Infektion eines Ovariums nebst mikroskopischen Schnitten;

von Robert Wise: eine neue Dusche. **Rissmann** (Osnabrück).

Neueste Litteratur.

8) Pariser Dissertationen.

1) Gouliaieff. Beitrag zur Kenntnis des Prurigo gestationis.

Gastou beschrieb eine Art des Prurigo bei Schwangeren, für die er den Namen Prurigo gestationis vorschlug. Besnier und Bar beschrieben dasselbe als Prurigo auto-toxique de la grossesse. Die vorliegende Arbeit nimmt Bezug auf 1 Fall von Barthélémy, 10 Fälle von Gastou und 4 eigene Beobachtungen. Es handelt sich um eine für die Schwangerschaft eigenthümliche Art des Prurigo, die eben so wie der Herpes gestationis auf einer Autointoxikation beruht. Die Erkrankung ist charakterisirt durch das Auftreten von Knötchen auf der Haut und intensiven Juckreiz. Sie ist wohl unterschieden von dem Herpes gestationis, so besonders durch das völlige Fehlen von Bläschen oder Blasen. Gemeinsam ist beiden das Auftreten in der Schwangerschaft, das Schwinden mit Eintritt der Geburt, das Recidiviren in den folgenden Schwangerschaften und die Veränderungen des Urins. Es tritt stets völlige Heilung ein. Die Behandlung besteht in Bettruhe und Milchdiät neben den für Prurigo überhaupt gebräuchlichen Heilmitteln.

2) Bigex. Die Fibrome des Uterus bei alten Erstgebärenden.

B. nimmt Bezug auf 12051 in der Zeit von Juni 1895 bis März 1900 an der Klinik Baudelocque beobachtete Geburten, darunter 393 bei über 30 Jahre alten Erstgebärenden. 83mal wurde das Vorkommen von Fibromen des Uterus beobachtet und zwar 72mal bei Primiparen im Alter von 30 Jahren und darüber und nur 11mal bei Erst- und Mehrgebärenden unter 30 Jahren. B. berechnet danach die Häufigkeit der Fibrome bei alten Erstgebärenden auf 11,19%. Die in fibromatösen Uteris entwickelten Kinder erreichten ein geringeres Gewicht als die in gesunden Uteris. Die Geburtsarbeit verzögert sich bei Gegenwart von Fibromen, und häufig geben sie Anlass zum Eintritte von Kunsthilfe. Stets muss Arzt und Hebamme bei alten Erstgebärenden an die Möglichkeit des Vorkommens von Fibromen denken, da leicht diagnostische Irrthümer dadurch entstehen können, dass kleine Fibrome für kleine Theile, große für Kopf oder Steiß angesprochen und so fälschlischerweise Zwillinge angenommen werden.

3) Bioche. Beitrag zur Kenntnis des Cephalohämatoms.

Tabelle über 105 Fälle von Cephalohämatom unter 20040 Geburten der Klinik Baudelocque. B. unterscheidet das spontan und das nach Anlegen des Forceps entstandene Hämatom. Letzteres kann mit einer Hautwunde komplicirt sein, dann verlangt es streng aseptische Behandlung, oder es kann verbunden sein mit einer Verletzung der Schädelknochen, wodurch eventuell, um Kompression des Gehirns und Lähmungen zu vermeiden, ein chirurgischer Eingriff nöthig wird. Fehlen diese Komplikationen, so ist eben so wenig wie für das spontan entstandene Hämatom eine besondere Behandlung nothwendig, und die Prognose ist eine gute. Das Cephalohämatom findet sich in 79% der Fälle bei Kindern von Erstgebärenden, in 21% bei denen Mehrgebärender.

4) Clément. Beitrag zur Kenntnis der Abschnürung des Nabelstranges durch amniotische Fäden.

Vier aus der Litteratur zusammengestellte Fälle. Die Abschnürung der Nabelschnur durch amniotische Fäden ist ein außerordentlich seltenes Ereignis. Die amniotischen Fäden können herrühren von einer mangelhaften Entfaltung oder von einem entzündlichen Processe des Amnion, und durch sie kann unter geeigneten Bedingungen der Tod des Fötus während der Schwangerschaft oder Geburt verursacht werden.

5) Madame Solomjau-Birfeld. Die Häufigkeit der Fissuren und der Lymphangitis der Brust beim Stillen.

Statistische Erhebungen an 18301 Wöchnerinnen der Klinik Baudelocque aus den Jahren 1890—1899. Läsionen der Warze fanden sich in 7,54%, Lymphangitis in 5,3% der Fälle. In der Mehrzahl der Fälle von Fissuren und Lymphangitiden handelte es sich um Primiparae (56%). Bei den zum 1. Male stillenden Frauen fanden sich Läsionen der Warzen in 77,4%. Beide Brüste waren betheiligt in 87%. Die Lymphangitis fand sich öfter rechts (38,7%) als links (32,9%).

Die Fissuren traten in der großen Mehrzahl der Fälle (62%) am 3.—5. Tage p. p. auf, die Lymphangitis meist (50,8%) am 6.—8. Tage p. p.

6) Maurage. Das tägliche Bad der Neugeborenen.

Um den Einfluss des Badens auf die Rückbildung und den Abfall des Nabelschnurrestes zu studiren, hat M. an der Klinik Baudelocque Beobachtungen an 100 täglich gebadeten und an 100 nach dem Bade bei der Geburt nicht wieder gebadeten Kindern gemacht. Er kam zu folgenden Resultaten: Der Zeitpunkt des Abfalles des Nabelschnurrestes ist ein sehr veränderlicher, zumeist ist es der 6.—7. Tag. Bei schwächlichen Kindern fällt er später ab als bei kräftigen. Die Größe des Nabelschnurrestes ist belanglos. Einen mechanischen Einfluss auf den Abfall des Nabelschnurrestes besitzt das tägliche Bad nicht. Infektionen sind nicht häufiger bei den täglich gebadeten Kindern als bei den nicht gebadeten. Es hat sich sogar gezeigt, dass bei den gebadeten Kindern der Nabelschnurrest viel schneller abfällt, dass Infektionen bei ihnen viel seltener sind und dass die Vernarbung eine schnellere und vollkommenere ist. Auf Grund dieser Beobachtungen empfiehlt Verf. das tägliche Bad vom Tage der Geburt an.

7) Forné. Die verschiedenen bei Uterusruptur gebräuchlichen Behandlungsarten.

F. giebt eine Zusammenstellung von 271 Fällen von Uterusruptur und eingehende Besprechung der dabei angewandten Therapie. F. stellt dann folgende Regeln für die Behandlung der Uterusruptur auf: Ist der Fötus in die Bauchhöhle ausgetreten oder liegt er im Risse, so muss er durch Laparotomie extrahirt werden; ist er noch im Uterus, so wird bei kompleter Ruptur auch meist die Laparotomie am Platze sein, bei inkompleter die Extraktion per vaginam und zwar bei todtem Kinde mittels Perforation oder Embryotomie, bei lebendem bei Kopflage Zange, sonst Wendung, bei der natürlich die größte Vorsicht zu beobachten ist.

Die Nachbehandlung besteht bei inkompleter Ruptur, falls nicht Infektion des Uterus oder schwere Blutung die Indikation zur Laparotomie geben, in Jodoformgazetamponade des Uterus nach Desinfektion der Vulva und Vagina durch antiseptische Spülung und gleichzeitiger fester Bandagirung von oben; bei kompleter Ruptur in Laparotomie mit Naht und Toilette der Bauchhöhle, falls nicht der Uterus myomatös ist, keine Infektion oder starke Blutung besteht, wenn ferner nicht die Risswunde zu sehr zerquetscht ist, um die Heilung zu behindern. Anderenfalls in der Totalexstirpation oder der Porro'schen Operation, je nachdem die Risswunde tiefer oder weniger tief herabreicht.

8) Gheorghin. Beitrag zur Behandlung der puerperalen Infektion.

355 Fälle von puerperaler Infektion, die in der Maternité zur Beobachtung kamen, mit 4,3% Mortalität.

Jeder lokalen Behandlung des Puerperalfiebers muss eine Exploration der Uterushöhle vorausgeschickt werden, und je nach deren Resultat sind Uterusausspülungen oder digitale Ausräumung, gefolgt von Ausbürsten (!) des Uterus, anzuschließen. Zu der letzteren Therapie werden Bürsten benutzt, die den bei der Reinigung von Flaschen gebräuchlichen nachgebildet sind. Es soll durch sie ermöglicht werden, die Uterushöhle von den kleinsten zurückgebliebenen Membranfetzen und Gewebsstückchen zu reinigen. Durch 5—6maliges Drehen der Bürste in derselben Richtung wird die Uterushöhle gesäubert und diese Procedur 3—4mal hinter einander wiederholt. Darauf folgt dann eine Ausspülung. Bleibt das ohne Erfolg, so ist eine Curettage mit scharfer Curette anzuschließen. Wenn auch das nicht hilft, bleibt noch die Hysterektomie. Von größter Wichtigkeit ist die Allgemeinbehandlung, die auf die Kräftigung des Gesammtkörpers ausgehen muss, während von Medikamenten nicht viel zu erwarten ist.

9) Gagey. Die Erwärmung der schwächlichen Neugeborenen.

Die schädliche Wirkung der Kälte ist die größte Gefahr für den schwächlichen Säugling. Von allen Mitteln, die darauf ausgehen, ihm die Wärme, die er selbst nicht in genügendem Maße producirt, zu ersetzen, ist die Couveuse das beste. Ein Nachtheil haftet ihr allerdings an, dass sie nämlich durch die konstante und hohe Temperatur die Ansammlung und das Auskeimen von Krankheitskeimen in der Umgebung des Neugeborenen in hohem Maße begünstigt. Jedoch verschwinden diese Gefahren gegenüber der größeren der Kältewirkung. Ein Nachtheil der Couveuse ist der, dass man sie nicht auf genügend hohe Temperatur bringen kann, wenn es sich darum handelt, ein Kind schnell zu erwärmen, ohne Nachtheile für das Kind zu bewirken. Das führte zu der von Dr. Bonnaire angegebenen Modifikation, die Luft in der Couveuse mit Wasserdampf zu sättigen; er nennt das »la couveuse humide« im Gegensatze zu »la couveuse sèche«. Mit ihrer Hilfe gelingt es meist schnell, auch bei tiefer Herabsetzung der Temperatur des Säuglinges, dieselbe auf normale Höhe zu bringen. Üble Zufälle hat Verf. dabei nicht gesehen, außer hin und wieder einen leicht zu bekämpfenden Collaps. Die Anwendung der feuchten Couveuse empfiehlt sich ferner bei Sklerem der Neugeborenen und bei dauernder Gewichtsabnahme in der trockenen Couveuse.

Neben der Couveuse scheint dem Verf. besonders das permanente Bad nach Winckel weitgehende Beachtung zu verdienen. Eigene Erfahrungen fehlen ihm darüber.

Selbstverständlich darf neben der Erwärmung des Säuglings seine Ernährung, die seine eigene Wärmequelle darstellt, nicht vernachlässigt werden.

10) Herrenschmidt. Beitrag zur Kenntnis der Infektion des Peritoneums mt Streptokokken auf dem Blutwege.

Die Infektion des Peritoneums mit Streptokokken auf dem Blutwege kann sowohl im Anschlusse an jede durch Streptokokken bedingte Erkrankung als auch primär eintreten. Sie ist häufig beim Neugeborenen und hier bedingt durch Nabelinfektion. Beim Erwachsenen tritt sie entweder primär oder im Anschlusse an eine Angina auf. Sie findet sich bei Weitem häufiger bei der Frau, besonders zur Zeit der Regel, so dass der Gedanke berechtigt erscheint, dass die Streptokokkeninvasion stattfinde auf dem Wege durch die Geschlechtsorgane der Frau, begünstigt durch den Strom der menstrualen Ausscheidungen und die peri-uterinen Lymphbahnen. Auf dem Wege der Lymphbahnen entstehen Peritonitiden ferner im Anschlusse an ein Erysipel der Bauchdecken oder an eine durch Streptokokken erzeugte Pleuritis. In den übrigen Fällen kommen die Keime auf dem Blutwege zum Peritoneum, so im Anschlusse an Erysipel, an eine Lymphangitis und am häufigsten an eine Angina.

Die Versuche, beim Kaninchen experimentell durch Infektion auf dem Blut- oder Lymphwege eine Peritonitis zu machen, schlugen fehl.

Symptome, pathologische Anatomie, Diagnose und Behandlung werden näher besprochen.

11) Belloeuf. Die abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Ausräumung des Beckens bei der Behandlung des Uteruscarcinoms.

Das Carcinom der Cervix ist zunächst eine lokalisirte Erkrankung, breitet sich aber sehr bald auf das Corpus, die peri-uterinen Gewebe und die Beckendrüsen aus. Die klinische Untersuchung ist oft nicht im Stande, diese weitere Ausbreitung, zumal wenn sie noch im Beginne steht, zu erkennen, besonders da die Beckendrüsen sehr frühzeitig ergriffen werden. Bei der Behandlung ist die abdominale Hysterektomie der vaginalen vorzuziehen, weil sie erlaubt, die Beckendrüsen und das lockere Zellgewebe der breiten Mutterbänder mit zu entfernen, weil ferner der Uterus stets im Ganzen ohne Morcellement und breit im Gesunden entfernt werden kann. Sie verdient diesen Vorzug ferner dadurch, dass sie es ermöglicht, ungenaue Diagnosen zu berichtigen, etwaige Komplikationen leichter zu überwinden und event. sogar Kontraindikationen zu erkennen.

Die Mortalität der Operation ist nicht viel größer, die Dauerresultate besser als die der vaginalen Methode. Auch gestattet sie es, schon vorgeschrittenere Fälle, die man vaginal nicht mehr angreifen könnte, noch zu operiren, wenn es auch fraglich erscheinen muss, ob solche Fälle überhaupt noch operirt werden sollen, da die Exstirpation und die Ausräumung des Beckens zumeist unvollständig ist und desshalb sehr schnell Recidive auftreten.

Auch für das Corpuscarcinom empfiehlt Verf. den abdominalen Weg. Nur für Fälle, die noch ganz im Beginne stehen, oder wenn eine Kontraindikation für den abdominalen Weg, wie z. B. übermäßige Fettleibigkeit, besteht, empfiehlt Verf. die vaginale Operation.

12) Chevalier. Die im Becken lokalisirte Appendicitis.

Es giebt eine Form der Appendicitis mit rein auf das Becken beschränktem Sitze der Erkrankung. Man wird hier die Diagnose nur mit Hilfe der rectalen und vaginalen Untersuchung stellen können, sei es, dass man die Appendicitis oder den Abscess fühlt, oder dabei einen charakteristischen, nach dem Epigastrium ausstrahlenden Schmerz feststellt. Handelt es sich um einen größeren Abscess, der vor dem Durchbruche steht, so muss sofort die Drainage ausgeführt werden. Die beste Methode scheint dem Verf. die Eröffnung nach dem Rectum zu sein, während er die Eröffnung des Abdomens für ungenügend und wegen der möglichen Infektion der Bauchhöhle für gefährlich hält und nur auf die Fälle beschränkt wissen will, wo schon eine allgemeine Peritonitis besteht.

65 genaue Krankengeschichten. **Reifferscheid** (Bonn).

Verschiedenes.

9) **Fr. Neugebauer** (Warschau). 44 Fälle, in welchen durch Operation ein Irrthum bezüglich des Geschlechtes konstatirt wurde.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 3.)

N. wendet sich in der Einleitung gegen die Vernachlässigung, die man dem Studium des Hermaphroditismus zu Theil werden lässt. Er selbst hat 18 eigene Fälle von Pseudohermaphroditismus beobachtet und im Ganzen aus der Litteratur 15 Beobachtungen zusammengestellt.

A) Männer, die als Frauen erzogen worden waren; 32 Operationen.

B) 6 Operationen bei Männern;, bei denen in Inguinalhernien ein Uterus entdeckt wurde.

C) 3 Herniotomien bei Frauen.

In einem weiteren Kapitel werden 16 Köliotomien bei Pseudohermaphroditiden beschrieben, dann folgen diverse ausgeführte Operationen:

a) Nothoperationen;

b) Opérations de complaisance;

c) Opérations de complicité.

Die sehr interessante Arbeit umfasst 62 Druckseiten und ist mit 16 Abbildungen illustrirt. **Beuttner** (Genf).

10) A. Hallet (Liége). Über kongenitale Nabelhernien aus der Embryonalperiode.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 3.)

Es handelt sich um folgenden, in der v. Winiwarter'schen Klinik beobachteten Fall: incarcerirte, embryonale Nabelhernie, die das Cöcum mit dem Processus vermiformis einschließt, das Colon ascendens, den Dünndarm mit adhärentem Meckel'schen Divertikel. Radikaloperation 2 Stunden nach der Geburt. 4 mikroskopische Abbildungen sind beigegeben, sowie eine übersichtliche Tabelle der einschlägigen Fälle. In der Bibliographie finden sich 70 Arbeiten angeführt.

Schlussfolgerungen: 1) Die Umhüllung der Nabelhernien besteht aus dem Amnios und dem Peritoneum, zwischen welchen beiden eine Schicht von Wharton-scher Sulze eingelagert ist.

2) Die embryonalen Nabelhernien verdanken ihre Entstehung dem Nicht-Verschlusse des häutigen Nabels, der durch Darmschlingen oder die Leber offen erhalten wird.

a) Der Ductus omphalomesentericus kann abnormalerweise nach dem dritten Monate des intra-uterinen Lebens persistiren und so die Darmschlinge, auf der er sich inserirt, außerhalb des Abdomens festhalten.

b) Anomalien in der Entwicklung der Leber können ebenfalls den Nabelring breit offen erhalten.

3) Man muss immer chirurgisch eingreifen, sofern das Neugeborene lebensfähig ist. Ist die Eventration zu ausgedehnt, so ist eine Operation natürlich kontraindicirt.

4) Die chirurgische Intervention soll so schnell wie möglich nach der Geburt vollzogen werden.

5) Wenn die Umstände es gestatten, wird man immer die Radikaloperation ausführen. **Beuttner** (Genf).

11) O. Weiss (Agram). Ein Fall schwerer puerperaler Sepsis geheilt durch Hypodermoklyse.

(Liečnički viestnik 1900. No. 8. [Kroatisch.])

Bei der 26jährigen Frau ging die Geburt zwar langsam, doch spontan vor sich. Den nächsten Tag Abends ein leichter Schüttelfrost, und im weiteren Verlaufe entwickelte sich das Bild sehr schwerer Sepsis. Intra-uterine Irrigationen mit Lysollösung ganz erfolglos. Am 6. Erkrankungstage 1. subkutane Infusion von Kochsalzlösung, worauf Erleichterung eintrat. Die Infusionen wurden durch einige Tage fortgesetzt und die Pat. geheilt, was Verf. ganz berechtigt der Hypodermoklyse zuschreibt.

In der diesem Vortrage in der Ärztegesellschaft in Agram folgenden Diskussion bringen v. Čačković und D. Schwarz ihre Erfahrungen über Hypodermoklyse. Ersterer hatte keine Gelegenheit, diese Behandlung bei puerperalen Processen zu erproben, sondern bei verschiedenen Arten von Peritonitiden, meistens nach chirurgischen Operationen, dann bei schwachen Kranken vor und nach Operationen, während Schwarz auch Erfahrungen bei puerperaler Sepsis hat. Beide äußern sich sehr vortheilhaft über ihre Erfolge. Gewöhnlich geben sie 500 g, doch in schweren Fällen auch 800 bis 1000 g auf einmal. **v. Čačković** (Agram).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. Sonnabend, den 2. Februar. 1901.

Inhalt.

I.

(Aus der Klinik Chrobak.)

Exstirpation einer rechtsseitigen Ovarialcyste durch linksseitigen Leistenschnitt.

Von

Dr. **Leopold Reinprecht**, Assistenten der Klinik.

Die Behandlung von Kranken, welche mit mehreren, eine Operation erfordernden Leiden behaftet sind, kann es zweckmäßig erscheinen lassen, eine Methode zu wählen, welche von den gewöhnlich geübten abweicht, welche vielleicht Schwierigkeiten bietet, die auf anderem Wege hätten vermieden werden können, dafür aber den Vortheil besitzt, dass durch einen einzigen Eingriff, durch das Setzen bloß einer Wunde alles das erreicht wird, wozu sonst zwei, event. sogar zu verschiedenen Zeiten auszuführende Operationen nothwendig wären.

Ein Fall, welcher Veranlassung zu einer solchen Gelegenheitsoperation gab, gelangte an der Klinik meines hochverehrten Chefs zur Beobachtung.

Es handelte sich um eine 65jährige Pfründnerin, die mit 16 Jahren zum ersten Male menstruirt wurde. Die Menses waren stets regelmäßig. 4 Geburten und die Woch
Klimakterium g
eine seit den le
hernie auf. Sei
abwärts, dabei b
eines hühnereigr
verursachte, da
lassen, was nac
wegen suchte Pa
gebauten Frau,
lich der Brusto
rechten Poupart's
wähnte linksseit
Netzbruch. — D
Aus der Vulva t
war kurz, die Po
Vor dem Uterus
lich derben, gut
vom Tumor deut
waren frei, die A
sinistra; Tumor
inveterata incom

Am 23. No
Es wurde in Au
Hernie nach der
Cyste durch die
piren. Hautsch
Poupart'schen Ba
des sehr fettreic
M. obliquus exte
zum oberen Wu
eröffnet. Seinen
ligirt und abgetr
sich die ca. guld
wesshalb von de
gleicher Richtung
wurde. Von der
vorgedrängt wer
400 ccm einer g
ließ sich nun de
eine etwas straffe
lichkeit, das Lig
ziehen, gelang es
zunächst Tube u
durchtrennt; dan
und sodann der
bei der Tiefe, in [illegible] lagen, und bei der relativ geringen Zugänglichkeit mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Die Stümpfe wurden, nachdem sie ligirt waren, versenkt, das Peritoneum geschlossen, die mediale Muskelschicht: Obliquus internus und transversus, im unteren Antheile auch der Rectus durch 6 Celluloidzwirn-Knopfnähte an den inneren Rand des Poupart'schen Bandes fixirt, die Aponeurose des Obliq. externus vernäht, dann die Hautwunde gleichfalls durch Zwirnknopfnähte vereinigt.

An diese Operation wurde sofort die vordere Kolporrhaphie und zur Erhöhung des Dammes eine Plastik nach Lawson Tait angeschlossen. Der weitere Krankheitsverlauf war ein völlig afebriler und reaktionsloser.

Pat. wurde am 7. December, also 15 Tage nach der Operation aus der Klinik entlassen, mit der Weisung, sich in einigen Tagen abermals vorzustellen, was sie jedoch nicht that. 8 Tage später wurde sie, nachdem sie durch einige Tage an Diarrhöe gelitten hatte, wegen welcher sie jedoch einen Arzt nicht konsultirte, todt im Bette aufgefunden. Eine Obduktion wurde nicht vorgenommen. Die Todesursache bleibt daher leider unaufgeklärt. Wenn auch 3 Wochen seit der Operation vergangen waren, der Wundverlauf ein vollständig reaktionsloser, afebriler gewesen war, Pat. bei bestem Wohlbefinden 15 Tage nach der Operation die Klinik verlassen hatte, kann doch die Möglichkeit einer Embolie, ausgehend von den Thromben aus der Umgebung der Operationswunde oder den Ligaturstümpfen, nicht ausgeschlossen werden; andererseits bietet aber auch die physische Beschaffenheit der sehr fettreichen 65jährigen, dem Trunke ergebenen Pat. genügend Anhaltspunkte für einen plötzlichen Exitus. Die exstirpirte Cyste erwies sich als eine einkammerige Ovarialcyste mit kleinen papillären Exkrescenzen an der Innenfläche.

Vergleicht man die inguinale Ovariotomie mit den anderen gebräuchlichen oder angegebenen Methoden, so wird sie wohl nur auf eine Gelegenheitsoperation Anspruch erheben dürfen, ähnlich wie die Ovariotomie per anum, die Peters[1] bei gleichzeitig bestehendem Rectumprolapse ausführte, oder wie die Exstirpation einer Ovarialcyste durch die vordere Rectalwand, wenn sie den Inhalt einer Rectalhernie gebildet hatte (Lachapelle[2], Aleksenko[3], W. Stocks[4]).

Durch den Leistenkanal ausgetretene Eierstöcke wurden, namentlich wenn sie cystisch entartet oder in Tumoren umgewandelt waren, anlässlich der vorgenommenen Herniotomie zu wiederholten Malen entfernt. Es sei nur, so weit es sich um Kystome handelte, auf die Fälle von: Aue[5], Biermer[6], Championnière[7], Englisch[8], Fargas[9], Guersant[10], Holst und Tilling[11], Lenoir-Marjolin[12], Meadoros[13], Moser[14], Seeligmann[15] verwiesen.

Doch auch im Becken befindliche pathologisch veränderte Adnexe wurden durch den aus einem anderen Grunde eröffneten Leistenkanal der gleichen Seite exstirpirt. So that dies Goldspohn[16]

[1] Peters, Ovariotomie per anum. Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 5.
[2] Lachapelle, Pratique des accouchements.
[3] Aleksenko, Ovariotomie per rectum. Ref. Centralbl. f. Gynäkologie 1890.
[4] Stocks, Prolaps of an ovarian cyst. Brit. med. journ. 1875.
[5] Aue, Ref. Centralbl. f. Gynäkologie 1892. p. 698.
[6] Biermer, Centralbl. f. Gynäkologie 1897. p. 233.
[7] Championnière, Soc. mercredi méd. 1891. No. 22.
[8] Englisch, Wiener med. Jahrbuch 1871 und Wiener med. Blätter 1885.
[9] Fargas, Arch. de tocol. 1890.
[10] Guersant, Bull. de thérapie 1865.
[11] Holst und Tilling, St. Petersburger med. Wochenschrift 1885. No. 36.
[12] Lenoir-Marjolin, Séance de la société de chirurgie de Paris 1851.
[13] Meadoros, Transact. of the obstetr. society of London. Vol. VIII. 1862.
[14] Moser, Inaug.-Diss., Berlin, 1898.
[15] Seeligmann, Centralbl. f. Gynäkologie 1896.
[16] Goldspohn, American journal of obstetr. and diseases of women and children 1900. Vol. XLI. No. 5; Discussion der Transactions of the Chicago gynaecological society 1900. März; Americ. gynaecological and obstetrical journal 1900. Juni.

anlässlich der Vornahme seiner modificirten Alexander-Operation unter 106 Fällen 5mal, und zwar handelte es sich 3mal um eine einseitige Pyosalpinx, einmal um Tuberkulose beider Tuben mit käsigem Eiter, einmal um eine nicht rupturirte Tubargravidität. Dabei war eine Erweiterung des inneren Leistenringes durch Einschnitt nicht nöthig, es genügte vielmehr die stumpfe Dilatation desselben.

Einen Fall jedoch, bei welchem ein pathologisch verändertes Ovarium der einen Seite durch inguinale Köliotomie der anderen Seite entfernt worden war, habe ich in der Litteratur, so weit sie mir zugänglich war, nicht gefunden.

Die Anwendung des mitgetheilten Operationsverfahrens dürfte aus den Eingangs erwähnten Gründen für jene Fälle vortheilhaft sein, bei welchen eine Erkrankung der Adnexe der einen Seite die Exstirpation erfordert, gleichzeitig aber aus irgend einem Grunde, z. B. wegen einer Hernie die inguinale Köliotomie der anderen Seite nothwendig ist. Unerlässliche Bedingung für die Möglichkeit der Ausführung dieser kombinirten Operation ist, dass das Ligamentum infundibulo-pelvicum nicht allzu kurz sei — denn an der relativen Kürze desselben wäre unsere Operation fast gescheitert; — dann aber, dass der Tumor eine freie Beweglichkeit, oder doch zum mindesten keine festen, breiten Adhäsionen zeige.

II.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Jena.)

Ein Fall von Sturzgeburt.

Von

Dr. Wilh. Kunze.

Am 11. November v. J. Abends 6½ Uhr ertönten Hilferufe aus der I. Etage meines Nachbarhauses; ein Unglück, vermuthend eilte ich sofort hinüber und betrat den Korridor der Wohnung; am Ende desselben fand ich ein lautschreiendes neugeborenes Kind, welches in einer großen Lache wenig blutig verfärbten Fruchtwassers auf dem Rücken lag. Ich überzeugte mich, dass die Nabelschnur, deren abgerissenes, aber nicht unterbundenes Ende auf dem Bauche des Kindes lag nicht blutete; auch auf dem Bauche selbst befanden sich keine Blutspuren.

Mit dem Kinde in die nebenan befindliche Küche eintretend, aus der leise Schmerzenslaute ertönten, fand ich die zu demselben gehörende Mutter, das Gesicht von Angst und Schreck verzerrt, auf einen Schemel hingesunken. Nachdem ich konstatirt hatte, dass aus den Genitalien, aus denen ein Stück Nabelschnur heraushing, keine Blutung erfolgte, und der Frau erklärt hatte, dass ihr sowohl, wie ihrem Kinde augenblicklich keine Gefahr drohe, wurde sie sofort ruhig und gefasst; sie lehnte es sogar ab, sich von mehreren jetzt erscheinenden Frauen in ihr Bett tragen zu lassen, wie ich anordnete, sondern ging, während ich mit dem Neugeborenen mich beschäftigte, ohne Anstrengung in ihr etwa 20 Schritte entferntes Schlafzimmer und legte sich ohne Hilfe zu Bette.

Während ich ein zur provisorischen Versorgung der kindlichen Nabelschnur passendes Band suchte, behielt ich letztere zugleich im Auge; es trat aber keine Blutung auf. Das Kind, welches sich inzwischen beruhigt hatte, athmete gut und

kräftig und zeigte keine Spuren einer etwa stattgehabten Verletzung. Als ich endlich die Nabelschnur, deren Länge vom Nabelringe bis zur Rissstelle 20 cm betrug, abbinden konnte, waren etwa 8 Minuten seit dem Hören der ersten Hilferufe verstrichen.

Nachdem ich das Neugeborene der jetzt eben eintreffenden Hebamme übergeben hatte, überzeugte ich mich, dass der Uterus der Kreißenden sich gut kontrahirte; es bestand keine Blutung; der Damm war intakt. Die Ausstoßung der Placenta erfolgte, mit der fötalen Seite voran, spontan 30 Minuten später.



Das Kind zeigte alle Zeichen der Reife; die Länge desselben betrug 50 cm, Kopfumfang 34 cm; die verschiedenen Durchmesser des Kopfes entsprachen den normalen mittleren Maßen. Eine Kopfgeschwulst war nicht vorhanden. Die Kopfknochen waren theilweise ziemlich leicht gegen einander verschieblich, und das rechte Scheitelbein war etwas über das linke geschoben. Gewicht des Neugeborenen 2765 g.

Die äußeren Beckenmaße der Wöchnerin ließen eher auf eine geringe allgemeine Verengerung des Beckens schließen:

Dist. spin. ant. sup. ossis il.:	23 cm.
Dist. crist. - -	25 1/2 cm.
Conj. externa	19 cm.

Die nach absolvirtem Wochenbette vorgenommene Messung der Conjug. diagon. ergab 12 cm.

Die Länge der an der Placenta verbliebenen Nabelschnur beträgt 25 cm. Die Rissstelle selbst stellt keine quere Durchtrennung dar, sondern letztere ist in ganz schräger Richtung erfolgt, so dass der größte Durchmesser der Trennungsfläche 3 1/2 cm beträgt, während der Nabelstrang einen Durchmesser von 1 1/2 cm besitzt. Die Rissstelle zeigt außerdem ganz unregelmäßige und tief ausgezahnte Ränder, während auf ihren Flächen, besonders auf der des am Kinde befindlichen Nabelschnurrestes, die Gefäße, hauptsächlich die Arterien, bis 1/2 cm weit aus dem umgebenden Gewebe hervorgezogen sind, also länger widerstanden haben als die weniger resistente Warthon'sche Sulze.

Die Anamnese ergab Folgendes: Es handelte sich um eine ziemlich kräftig gebaute 24jährige II-Gebärende; sie war stets gesund gewesen, hatte sich vor 6 Jahren, Weihnachten 1894, verheirathet und am 24. November 1895 zum 1. Male geboren; die Geburt soll damals 24 Stunden gedauert haben, ziemlich schwer gewesen, aber ohne Kunsthilfe beendet sein; das Wochenbett war normal. — Die letzte Menstruation war Mitte Februar 1900. Der Verlauf der Gravidität soll ein guter gewesen sein. — Die Wöchnerin giebt an, dass sie seit 11. November 1900 frühmorgens ganz geringe Wehen in langen Zwischenräumen gehabt habe, aber in ihren häuslichen Geschäften so wenig dadurch gestört worden sei, dass sie die Geburt noch nicht so bald erwartet und desshalb nicht zur Hebamme geschickt habe; auch sei kein Fruchtwasser abgegangen. Als sie dann um 6 1/2 Uhr Abends, als einzige z. Z. in der Wohnung Anwesende, mitten in der Küche stand, sei plötzlich eine stärkere Wehe eingetreten, Fruchtwasser sei abgeflossen, und zugleich habe sie gemerkt, dass ein größerer Gegenstand aus ihren Genitalien herausdränge; sie habe hingefühlt und zugleich auch gesehen, dass es

ein kindlicher Kopf war. Laut um Hilfe schreiend sei sie schnell aus der Küche gelaufen auf den Korridor, um ihr Bett zu erreichen, aber beim Betreten des Korridors habe sie gefühlt, wie während des Laufens das lautschreiende Kind ihr entfiel. Durch dies plötzliche und unerwartete Ereignis aus der Fassung gebracht, habe sie ganz den Kopf verloren, gar nicht daran gedacht, sich um das Kind zu kümmern, sondern sei ganz mechanisch in die Küche zurückgerannt und willenlos auf einen Schemel gesunken; nur der Schreck allein über das Plötzliche und Unerwartete habe sie unfähig zu jedem Denken und Handeln gemacht. Sie habe sich desshalb, als Hilfe da war und sie sich nicht mehr ganz verlassen sah, körperlich so fort wieder so wohl gefühlt, dass sie ohne Mühe ihr Bett hätte aufsuchen können.

Der Verlauf des Wochenbettes war übrigens ganz normal; keine Temperatursteigerung. Die Wöchnerin stand am 7. Tage auf und fühlte sich ganz wohl. — An dem Kinde, speciell am Schädel desselben, haben sich auch in der Folge keine Anzeichen einer etwa stattgehabten Verletzung nachweisen lassen; dasselbe hat sich bisher ganz gut entwickelt.

Ich referire hier über den Fall, da derselbe in mehrfacher Beziehung Interesse bietet. Eine Geburt kann ja sehr rasch und überstürzt verlaufen, wenn bei normalem Becken und Weichtheilen und normaler Kindeslage die Wehenthätigkeit eine zu starke ist; Ursache für solche übermäßige Wehenthätigkeit können sein: Überreizung des Uterus durch wehentreibende Mittel oder durch örtliche Einwirkungen, z. B. häufiges oder rohes Untersuchen, vorzeitiges Blasensprengen, Einspritzungen in das Cavum uteri etc. Die Wehen folgen in solchem Falle mit kurzen Pausen auf einander, dauern lange und sind von heftigen Schmerzen begleitet. — Manche »überstürzte« Geburten erklären sich aber einfach daraus, dass die Eröffnung des Muttermundes fast schmerzlos und unbemerkt erfolgte, worauf dann — zumal bei geringen Widerständen — die vollständige Austreibung sehr rasch vor sich geht. In letzterer Weise würde ja auch in unserem Falle die plötzliche Geburt erklärt werden müssen.

Als wichtig möchte ich auf die Thatsache aufmerksam machen, hauptsächlich in forensischer Hinsicht, dass die Geburt vor sich ging, während die Kreißende stehend resp. laufend in aufrechter Haltung sich befand; denn es ist von manchen Autoren, z. B. Kaltenbach (Lehrbuch der Geb. 1893), behauptet worden, dass jede von Drangwehen befallene Frau noch so viel Zeit habe, um sich niederzukauern; sie thue dies instinktiv und habe gar nicht die Kraft, stehend niederzukommen. Die bei Kindesmörderinnen so häufige Angabe, sie seien im Stehen von der Geburt überrascht worden, das Kind sei auf den Steinbodeng efallen etc., verdiene desshalb niemals Glauben. Eben so erklärt auch Hohl (vergl. Casper-Liman, Gerichtliche Medicin 1876, Bd. II, p. 952): »In ganz aufrechter Stellung bleibt nimmermehr eine Kreißende im letzten Momente der Geburt des Kindes.« Dass dies aber doch vorkommt, beweist unser obiger einwandsfreier Fall. Auch sind in der Litteratur derartige Vorkommnisse beschrieben, bei denen es in einem Theile auch zu Verletzungen des kindlichen Schädels kam; so berichtet z. B. Olshausen (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1860) über 4 Fälle von Geburt in aufrechter Stellung; bei zweien derselben entstanden Fissuren der

Schädelknochen. Dass überhaupt durch Sturz des Kindes auf den Kopf ungemein leicht Schädelbrüche verursacht werden, vorwiegend im Bereiche der Scheitelbeine und zwar strahlenförmig vom Tuber parietale ausgehend, erfuhr Casper (Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin Bd. XXIII, p. 1) durch Experimente an 60 Kindesleichen.

Dass es in unserem Falle zu keiner Verletzung des kindlichen Kopfes kam, ist wohl dadurch zu erklären, dass vor allen Dingen erstens die sich anspannende und Widerstand leistende Nabelschnur die Kraft des Sturzes etwas brach, so dass die eigentliche Fallhöhe nur eine geringe war, zweitens dass der Boden des Korridors aus Holzdielen bestand, die beim Anprall des Schädels letzteren weniger schädigen konnten, wie etwa ein unregelmäßiges Steinpflaster.

Besonders psychologisch interessant, auch wieder in forensischer Hinsicht wichtig, ist unsere obige Geburtsgeschichte. Wir sehen, wie die eben Entbundene durch das Plötzliche der Ereignisse, ohne körperlich besonders mitgenommen zu sein, chokartig in ihrer Psyche derartig beeinflusst wird, dass sie sich fast in einem kataleptischen Zustande befindet und zu keiner zweckmäßigen Handlung aufraffen kann. Sie überlässt das Neugeborene vollständig seinem Schicksal, ohne etwas zu seiner Rettung zu thun; wäre dasselbe in einen Wassereimer gefallen und ertrunken, oder auf einen Haufen Asche mit Nase und Mund und erstickt, oder hätte dasselbe sich aus der nicht unterbundenen Nabelschnur verblutet, so würde vielleicht den Angaben der Frau Glauben geschenkt und sie für temporär unzurechnungsfähig erklärt worden sein, da sie als eine in guten Verhältnissen lebende Ehefrau ja absolut keinen Grund hatte, ihr Kind umkommen zu lassen; hätte es sich aber im gleichen Falle um eine uneheliche Geburt gehandelt, würde man da nicht doch an eine absichtliche oder doch fahrlässige Tödtung geglaubt haben? Ich meine desshalb, dass solche ganz einwandsfreien Beobachtungen, wie unser Fall sie darbietet, sehr wichtig und lehrreich sind, an die man sich vorkommenden Falles erinnern muss und die auch dazu dienen müssen, dem Richter das nöthige Verständnis für derartige plötzliche abnorme seelische Vorgänge beizubringen.

Der Ausgang für das Kind war ja ein glücklicher, und zwar hat es nicht in letzter Linie sein Leben dem Umstande zu verdanken, dass aus der abgerissenen, aber nicht unterbundenen Nabelschnur keine Blutung eintrat; bekanntlich kann dem Neugeborenen schon ein geringer Blutverlust sehr gefährlich werden. — Der Grund für diese sofortige und vollständige Blutstillung ist sicher ein doppelter gewesen; erstens wurde durch die Zerreißung nothwendig eine Kompression und mehr oder weniger eine Torsion der Arterien bewirkt; zweitens wissen wir ja durch B. S. Schultze (Der Scheintod Neugeborener, 1871), dass Puls und Blutsäule in den Nabelarterien nach eingetretener kräftiger Respiration schwinden in Folge Sinkens des Blutdruckes im kindlichen Gefäßsystem. In Folge der durch kräftige Inspirationsbewegungen des Thorax bewirkten mächtigen Ent-

faltung der Lungen sinkt zunächst der Blutdruck in allen im Thorax gelegenen Blutbahnen; vermehrte Füllung derselben kompensirt einen Theil dieses Sinkens. In allen übrigen Blutbahnen des Körpers sinkt in nothwendiger Konsequenz davon der Blutdruck ebenfalls, und es kommt dazu verminderte Füllung dieser Blutbahnen. Da nach den ersten kräftigen Athemzügen eine Strömung aus dem Stamme der A. pulmonalis durch den Ductus Botalli nicht mehr oder doch in schnell abnehmendem Grade nur noch stattfindet, so wird die Aorta descendens, außer an dem allgemeinen Sinken des Blutdruckes auch direkt an dem Sinken, welches im Stamme der A. pulmonalis durch Eröffnung der Lungenbahn vorwiegend stattfindet, participiren; die entferntesten Bezirke des Stromgebietes der Aorta descendens, die Nabelarterien, werden von dieser Druckminderung am meisten betroffen werden. Während sich nun mit dem Sinken des Blutdruckes in den Nabelarterien die in denselben stark entwickelte Muscularis kräftig zusammenzieht und das Lumen fast auf Null verengt, wird das Blut der Nabelvene nach dem Thorax hin aspirirt. — Derselbe Effekt wird zu Stande kommen, wenn bei bestehender Asphyxie intra-uterin es zu Athembewegungen kommt, durch welche das Stromgebiet der Lungen ebenfalls entfaltet wird. Umgekehrt, wird das Kind in Apnoë geboren, d. h. wird bei reichlichem Sauerstoffgehalte des Blutes nicht gleich die Athmung ausgelöst, oder ist dieselbe nur unvollkommen, so bleibt der Nabelstrang prall mit Blut gefüllt, und eine Durchtrennung desselben ohne Unterbindung würde Verblutung des Kindes zur Folge haben.

In unserem Falle musste das Sinken des Blutdruckes ein ganz bedeutendes sein, da ja durch das frühzeitige Abnabeln keine Zeit blieb, dass ein Theil des in der Placenta und im Nabelstrange befindlichen Blutes, das sogen. Reserveblut, durch die Entfaltung der Lungen in den kindlichen Körper hineingesogen wurde. Die Quantität dieses »Reserveblutes« ist gar nicht gering, nach Zweifel (Centralblatt für Gynäkologie 1878, No. 1) sogar annähernd 100 g bei längerem Abwarten, und kann also mit dazu dienen, nach kürzerer oder längerer Zeit den Druck im kindlichen Gefäßsystem wieder zu erhöhen. — Da nun dieses Blut dem Neugeborenen fehlte, da besonders außerdem die Athmung sofort nach Durchtritt des Kopfes und Rumpfes eine kräftige war, so dürfte das dadurch hervorgerufene Sinken des Blutdruckes recht bedeutend gewesen sein und die niedrige Druckhöhe längere Zeit angehalten und schon ganz allein genügt haben, um das Kind einige Zeit gegen Verblutung aus der Nabelschnur zu schützen.

Wir wissen nun aber, dass einige Zeit nach der Geburt, jedenfalls nachdem der Druck in der Aorta descendens wieder entsprechend höher geworden ist, noch aus der nicht oder nur schlecht unterbundenen Nabelschnur Verblutung eintreten kann. Da nun die Annahme der Möglichkeit der letzteren größer ist, wenn die Nabelschnur zerschnitten, als wenn sie zerrissen wurde, so kann es forensisch

wichtig werden, dass wir aus den glatten oder ungleichen, gezahnten etc. Rändern der Trennungsstelle (wie in obigem Falle) noch nachträglich die Diagnose stellen können; hüten müssen wir uns aber, wenn wir einige Zeit alte Kindesleichen mit nicht unterbundenem Nabelstrange vor uns haben, die gefundene Anämie, die bloßes Produkt des Verwesungsprocesses sein kann, mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit für Blutleere zu erklären, die von tödlicher Verblutung herrühre.

III.

Zur Behandlung der rückwärts gelagerten, schwangeren, incarcerirten Gebärmutter[1].

Von

Dr. L. Seeligmann in Hamburg.

Der Vortrag, den Dührssen im Jahre 1898 in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Leipzig über obiges Thema gehalten hat, und die sich daran anschließenden Publikationen, namentlich die von Ahlfeld, haben das Augenmerk der Gynäkologen von Neuem auf diese pathologischen Zustände hingelenkt. Dührssen hat sich in seiner Arbeit bemüht, die Ätiologie resp. die pathologische Anatomie dieser recht ernsten Erkrankung in der Gravidität zu klären, und hat namentlich bei Fällen, die mit schweren Blasenstörungen einhergehen, nach dem Vorgange von Pinard und Varnier die chirurgische Behandlung empfohlen, indem er betonte, dass bei diesen schwierigen Fällen sogar jeder Versuch einer möglichen Aufrichtung zu unterlassen sei. Zwischen diesen sogenannten »schwierigen« Fällen einerseits und den »leichteren« andererseits zu unterscheiden, ist in praktischer Beziehung von der größten Bedeutung, und gerade die Polemik, die Ahlfeld mit Dührssen führte, hat Ersteren veranlasst, einen Beitrag zu dieser wichtigen Frage zu liefern, der ungemein lehrreich ist. Ahlfeld hat in dieser Publikation (Centralblatt für Gynäkologie 1898, No. 38) den Nachweis geliefert, dass man selbst in einem ganz schweren Falle, bei dem schon nach längerem Bestande der Incarceration jauchiger, stinkender Urin, mit Gewebfetzen vermischt, entleert wurde, durch ein konservatives Verfahren allmählich zum Ziele gelangen kann. Wenngleich ja nicht zu leugnen ist, dass es zweifellos noch schwerere, fortgeschrittenere Fälle giebt, bei denen nur ein energisches chirurgisches Eingreifen das mütterliche Leben noch zu retten im Stande ist— einige der in der Litteratur niedergelegten Fälle legen ja hierfür ein beredtes Zeugnis ab —, so glaube ich doch, dass dieser oder jener Fall, bei dem Mancher vielleicht schon eine Indikation zur Eröffnung der Blase ohne vor-

---

[1] Nach einem in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg gehaltenen Vortrage.

herigen Versuch der Aufrichtung stellen würde, noch durch ein orthopädisches Verfahren zur Heilung gebracht werden kann, wenn dieses Verfahren nur zweckentsprechend und methodisch durchgeführt wird.

In diesem Sinne habe ich die Fälle, die ich in der letzten Zeit zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, behandelt und möchte mir erlauben, namentlich an der Hand meines 4. Falles, der wohl zu den schwierigeren gerechnet werden darf, meine Erfahrungen mit der von mir geübten Methode zu berichten.

Ahlfeld hat bei der klinischen Behandlung seines Falles zur Unterstützung seiner Handgriffe jeweils einen Mayer'schen Ring eingelegt. Müller[2] und Westphalen[2] haben sich eines elastischen Ballons bedient, den sie in der Scheide aufgebläht haben.

Drei meiner behandelten 4 Fälle gehören zu den leichteren, bei denen es mir gelang, obgleich die Incarcerationserscheinungen schon längere Zeit bestanden hatten und Blase und Mastdarm funktionell schwer beeinträchtigt waren, in einigen Sitzungen an mehreren auf einander folgenden Tagen den Uterus in Knie-Ellbogenlage in die Höhe zu schieben und durch ein eingelegtes ad hoc präparirtes Hodge-Pessar in der richtigen Lage zu erhalten. Der 3. Fall ist noch dadurch interessant, dass er eine 43jährige Frau betraf, deren Uterus 2 Jahre vorher vaginofixirt worden war. Zwei dieser Frauen haben Geburt und Wochenbett glatt überstanden; die dritte ist noch gravid.

Im 4. Falle handelt es sich um eine Frau von 35 Jahren, die ich im Jahre 1897 an einer Perimetritis chronica und Retroflexio uteri fixat. behandelt habe. Durch eine damals angewandte resorbirende Behandlung wurde die Frau von ihren Beschwerden befreit; der Uterus lag aber, als ich sie zuletzt untersuchte, in fixirter Retroflexionsstellung. Am 20. Oktober v. J. sah ich sie zuerst wieder, die Menses waren seit 4—5 Monaten ausgeblieben, seit mehreren Tagen hatte sie die heftigsten Schmerzen im Leibe; die Urinentleerung war spontan seit 5 Tagen nicht mehr möglich gewesen, seit 4 Tagen war keine Defäkation erfolgt. Temperatur 37,6°. Der mit großer Schwierigkeit durch Katheterisation entleerte Urin war trüb und stinkend, der im 4.—5. Monat gravide Uterus lag mit seinem Fundus tief unten im Becken, die Portio war oberhalb der Symphyse im vorderen Scheidengewölbe kaum zu tasten. Der Allgemeinzustand der Pat. war jämmerlich. Der wiederholt vorgenommene Versuch — auch in Knie-Ellbogenlage — den Uterus in die Höhe zu schieben, hatten keinen Erfolg, die Schmerzen waren unerträglich. Ich beschloss, die Pat. in die Klinik aufzunehmen. Am nächsten Tage wurde in Rückenlagerung ohne Narkose, zumal da Pat. außerdem noch ein Vitium cordis hat, die Portio mit einem Muzeux angehakt und stark nach links unten und vorn gezogen, während der Fundus uteri nach rechts hinten und oben in die Excavatio sacro-iliaca dextra gedrängt wird. Der Uterus wurde auf diese Weise in seiner Längsachse möglichst in den 2. schrägen Beckendurchmesser gestellt und die Frau dann auf ihre rechte Seite gelegt. In dieser Position wurde dann ein mit einem kugeligen vorderen Ansatze versehener Kolpeurynter eingeführt, der mit 2 Fingern nach hinten rechts im Scheidengewölbe festgehalten und mit Borlösung gefüllt wird. Nachdem nun noch das Becken der Frau, in der Seitenlage derselben, durch Unterlagen etwas erhöht worden war, blieb sie so während 2½ Stunden liegen. Nach

[2] Centralblatt für Gynäkologie 1898, 1899.

2 Stunden traten starke Druckschmerzen im Becken auf, und nach $2^1/_2$ Stunden wurde die Flüssigkeit allmählich abgelassen und der Kolpeurynter entfernt. Am anderen Morgen war der Fundus uteri in die Höhe der Linea innominata hinaufgerückt, und es gelang mir leicht, ihn mit bimanuellem Handgriff über die Linea hinaufzuschieben; die gestern vorgenommene Schrägstellung des Organs war noch deutlich vorhanden. Am 3. Tage legte ich einen Mayer'schen Ring ein und ließ die Pat. wieder aufstehen. Am 5. Tage wurde sie völlig beschwerdefrei entlassen. Die Gravidität blieb ohne Störung.

Mein Verfahren ist also folgendes:

1) Schrägstellung des Uterus mit seiner Längsachse in die Achse eines schrägen Beckendurchmessers durch energischen Zug an der Portio einerseits und sanfteren Druck auf den Fundus uteri in entgegengesetzter Richtung. Gewöhnlich wird der Querdurchmesser von rechts hinten nach links vorn zu wählen sein, wegen des links verlaufenden Rectums.

2) Einlegung eines mit Flüssigkeit gefüllten Kolpeurynters unter den hinaufgedrängten Fundus uteri in der betreffenden Seitenlage der Pat., deren Becken in dieser Position dann noch hoch gelagert werden soll.

Durch seine Schwere wird der Kolpeurynter in der gewünschten Lage verbleiben und auch einen permanenten Druck in dem angestrebten Sinne auf den Fundus uteri ausüben. Nach 2—3 Stunden ist der Kolpeurynter zu entfernen. Eventuell kann natürlich das Verfahren wiederholt werden; in meinem Falle ist eine Wiederholung nicht nöthig gewesen.

IV.

Eine neue Technik des Dammschutzes.

Von

Dr. J. Hofbauer in Wien.

Die vorliegende Abhandlung verfolgt den Zweck, die Aufmerksamkeit der Fachkollegen auf einen Punkt zu lenken, der in der Methode des Dammschutzes bisher vielleicht zu wenig gewürdigt wurde und der doch von wesentlicher Bedeutung für die Ausführung dieser hochwichtigen Hilfeleistung ist. — Bis jetzt schwanken die Ansichten mehr oder weniger nur darüber, ob es vortheilhafter ist, den Dammschutz in Rücken- oder in Seitenlage auszuführen, und man giebt im Allgemeinen, insbesondere bei Erstgebärenden, dem letzteren Verfahren den Vorzug. Auch die Frage Betreffs der Dignität der Technik eines flachen Auflegens der Hand auf den Damm, resp. des Dammschutzes vom Hinterdamme her oder nach der Methode von Meckertsiantz begegnet noch divergirenden Anschauungen.

Jedes Verfahren aber gipfelt in der Tendenz, die Elasticität der Weichtheile zur vollen Geltung zu bringen; und diesem Punkte gilt unsere besondere Aufmerksamkeit. Den Schutz als solchen gewährt

nach Spiegelberg nicht so sehr die Dammunterstützung, als vielmehr die Berücksichtigung, resp. Hintanhaltung der Ursachen der Zerreißung.

Fragen wir zunächst, welcher Punkt des Dammes am meisten gefährdet erscheint, so müssen wir vor Allem auf den Mechanismus der Geburt zurückgreifen. Wir berücksichtigen vorerst die normal rotirte Hinterhauptslage.

Je größer mit dem Fortschreiten der Geburt die Partien des Schädels sind, die in der Vulva sichtbar werden, um so mehr macht sich eine Spannung des gesammten Vulvarsaumes bemerkbar, die aber in jedem Momente gerade an den Dammgebilden am deutlichsten ist, weil sich die Spannung der seitlichen Partien nach Art eines Kräfteparallelogrammes auf die Medianlinie überträgt. Auch sind, da das Hinterhaupt an der Symphyse gewissermaßen als Drehpunkt eine feste Stütze findet, die Exkursionen der einzelnen Partien des Schädels um so größer, je weiter sie in sagittaler Richtung vom Occiput entfernt sind; es werden also von den in der Vulva sichtbar werdenden Partien des Schädels die am meisten nach rückwärts liegenden den größten Bogen beschreiben, somit muss die Gegend des Frenulums es sein, welche die stärkste Dehnung erfährt. Berücksichtigen wir außerdem, dass in diesem Stadium schon die Größendifferenz zwischen geradem und querem Schädeldurchmesser merklich wird, so ist ein weiteres Moment gegeben, welches die Gefährdung des Dammes kennzeichnet. Es erfahren also die Dammgebilde in der Medianlinie einen Grad der Spannung, der um so hochgradiger wird, je größere Partien des Schädels zum »Einschneiden« kommen, und die meiste Gefahr droht dem Damme dann, wenn die größte Peripherie des Schädels dem Eintritte naht. — Dieser Gefahr begegnet man nun, wie allbekannt, dadurch, dass man den Kopf zunächst langsam durchtreten lässt, und zweitens dadurch, dass man durch die aufgelegte Hand denselben nach vorn drängt, wodurch er den unter der Symphyse gelegenen Raum vollständig ausnützt und auf diese Weise in günstigem Sinne zum Austritte kommt.

Trotzdem wird aber die Elasticitätsgrenze des Dammes häufig überschritten, und es erfolgen, wenn wir nicht im geeigneten Momente durch Einschnitte in den Vulvarsaum diesem Ereignisse zuvorkommen, Rupturen zuerst ins Frenulum, die sich dann mehr oder weniger tief auch auf die Dammgebilde erstrecken. (Diese Risse beginnen vorher schon in der Vagina seitlich von der Columna rugarum, welche den widerstandsfähigsten und am straffsten mit der Unterlage verbundenen Theil des Vaginalrohres darstellt.)

In solchen Fällen nun leistet oft ein Handgriff, den wir methodisch angewendet haben und über den wir nun referiren wollen, recht brauchbare Resultate. — Der Vorgang unterscheidet sich anfänglich nicht von den üblichen; ob Rücken- oder Seitenlage der Frau, ist irrelevant.

Die rechte Hand liegt flach auf dem Damme, so dass dass Frenulum für das Auge frei bleibt (Schauta), und übt einen Druck von vorn nach hinten aus, um den Kopf vom Damme nach vorn abzulenken. So treten immer größere Partien des Schädels sagittal in die Vulvaröffnung. Erst dann, wenn die Spannung des Dammes eine hochgradige geworden, also zumeist wenn der rückwärtige Winkel der großen Fontanelle den Damm zu passiren beginnt, dann führen wir mit dem Kopfe eine Drehung aus, und zwar so, dass die von vorn her den Kopf umfassende Hand denselben in einen schrägen Durchmesser bringt; die dabei vollführte Drehung mag gegen 40° betragen und wird je nach der Position des Rückens nach links oder rechts vollführt.

Was bezweckt diese Drehung? — Die vorher schon stark gedehnte und aufs äußerste verdünnte Dammpartie, deren Umrandung jeden Moment zu rupturiren drohte, wird sofort durch die Drehung entlastet, da die Spannungsverhältnisse nun mit einem Schlage geändert werden, und der Damm legt sich sofort in die Mulde, die durch die große Fontanelle dargestellt wird; gedehnt werden jetzt die seitlichen Partien der Vulvaröffnung, die bisher nur einem geringen Drucke ausgesetzt waren. Es wird auch von diesem Momente an die Blutzufuhr zu den bisher anämischen Partien wieder möglich, und so hat der blutleere, bretthart gewordene Damm wieder Gelegenheit, zu erweichen. So lässt man jetzt den Kopf allmählich austreten, und man wird häufig die Freude haben, einer nahezu mit Sicherheit drohenden Ruptur entgangen zu sein.

Im Princip besteht somit die Methode in einer »antecipirten äußeren Rotation«, indem gewissermaßen dieselbe noch in den Vulvarbereich verlegt wird. Allerdings behauptet Meckertsiantz (Arch. f. Gyn. Bd. XXVI), dass, »wenn auch nach einigen Autoren das schräge Durchschneiden für ungefährlich, ja sogar für physiologisch erachtet werde und dieser Vorgang thatsächlich häufig beobachtet wird, derselbe doch für die Erhaltung des Dammes entschieden ungünstig sei«. Dieser Einwurf mag wohl nur in so weit Geltung haben, wenn der Schädel von vorn herein die Tendenz hat, im schrägen Durchmesser auszutreten; dann kommen auch unsere früheren Reflexionen in Wegfall. Übt man aber die Methode in der genannten Weise, so zwar, dass man den Kopf zunächst in der Medianlinie zum Einschneiden bringt und erst nachträglich die Drehung vollführt, so wird man wohl nur von einem günstigen Einflusse auf die Erhaltung des Dammes sprechen können.

Die beschriebene Methode führen wir nun auch bei operativen Entbindungen aus, zunächst bei der Zangenanlegung. Hier entwickeln wir den Kopf median in typischer Weise, bis die große Fontanelle den Damm vorwölbt; dann werden die Zangenblätter abgenommen, der Kopf umfasst, in obgenanntem Sinne gedreht und zum Austritte gebracht. Doch lässt sich auch mit der Zange die Drehung vollführen.

Auch bei Steißextraktionen bewährt sich der genannte Handgriff. Hier ist es selbstredend gleichgültig, nach welcher Richtung hin die Drehung geschieht. Den Moriceau'schen Handgriff vorausgesetzt, vollführen die über den Nacken des Kindes geschlagenen beiden Finger der rechten Hand des Operateurs die Drehung in dem Momente, sobald sich die Stirn über den Damm hervorwälzt; der am Unterkiefer liegende Zeigefinger der anderen Hand wirkt unterstützend im selben Sinne.

So hilft das beschriebene Verfahren oft über die Gefahren einer Ruptur hinweg oder über die Nothwendigkeit einer Episotomie, und man wird nicht selten die Genugthuung haben, die genannten Zwischenfälle mit einfachen Mitteln vermieden zu haben.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 30. Oktober 1900.

Vorsitzender: Lihotzky; Schriftführer: Regnier.

I. Wertheim: Abdominale Exstirpation der Vagina (Vortrag mit Demonstrationen).

Ausführlich erschienen im Centralblatte für Gynäkologie.

Weinlechner fragt, wann die beiden Frauen operirt wurden.

Wertheim: Die erste am 19. April (vor 6 Monaten), die zweite am 13. Juli (vor 3 Monaten).

II. Halban: Vaselininjektionen bei Prolaps (Demonstration).

Gersuny hatte bekanntlich die äußerst fruchtbringende Idee, Vaselin zur Erzeugung von subkutanen Prothesen zu verwenden. Er führte dieselbe in 2 Fällen aus (Hodenprothese nach Kastration und Gaumenprothese nach Gaumenplastik). Nach den Angaben Gersuny's wissen wir, dass das Vaselin nicht resorbirt wird, sondern im Gegentheile im Gewebe verbleibt und erstarrt.

Ich dachte nun, dass diese Eigenschaften des Vaselins vielleicht verwendet werden könnten, um bei Prolaps eine Art submukösen Pessars zu bilden, und spritzte in einem Falle von Cystocele, den ich mir Ihnen vorzustellen erlaube, einen Halbring von Vaselin zwischen Scheidenwand und Blase ein. Ich wiederholte dann die Methode bei 3 anderen Frauen mit Cystocele und bin mit dem Erfolge außerordentlich zufrieden. Allerdings ist die Beobachtungszeit noch eine kurze, und es müssen weitere Erfahrungen abgewartet werden, aber, da das Vaselin nicht resorbirt werden soll, ist wohl ein Dauererfolg sehr wahrscheinlich.

Die Injektion, welche am prolabirten Organe ausgeführt wird, ist vollständig schmerzlos. Ich stach die Nadel einer größeren Pravaz'schen Spritze auf der Höhe der Cystocele etwa 1 cm hinter dem Sphincter vesicae ein und führte sie zuerst nach rechts und dann von derselben Einstichöffnung aus nach links bis an die seitliche Begrenzung der Cystocele. Ich spritzte das Vaselin ein, indem ich die Nadel successive gegen die Mitte zurückzog. Das Vaselin wird vorher im Trockenkasten bei 140° sterilisirt (ich ziehe diese Art der Sterilisirung der Gersuny'schen vor) und vor der Injektion durch leichtes Erwärmen verflüssigt. Nach der Einspritzung von ungefähr 20—25 ccm Reposition der Cystocele und Einführung eines Pessars für 24 Stunden, damit das Vaselin in der richtigen Lage erstarrt.

Nach Entfernung des Ringes sind die Frauen nicht mehr im Stande, trotz starken Pressens, den Prolaps herauszudrücken. Wenn zu viel Vaselin eingespritzt wird, so entsteht ein Druckgefühl in der Blase und Urindrang, welche aber bald wieder verschwinden. Es ist aber vielleicht zu empfehlen, die Einspritzungen lieber in mehreren Sitzungen vorzunehmen.

III. Gersuny: Heilung der Incontinentia urinae.

Gersuny: Paraffineinspritzung bei Incontinentia urinae (siehe Centralblatt für Gynäkologie 1900 No. 48).

Eine Frau von 25 Jahren hatte in Folge einer Geburt (wahrscheinlich durch Sphinkterzerreißung) die Harnkontinenz verloren. Durch einige missglückte Operationsversuche war auch die Urethra verloren gegangen, so dass die Blase mit einer für das Nagelglied des kleinen Fingers durchgängigen Öffnung im Vestibulum mündete.

Durch Injektionen von Ung. Paraffini unter die Blasenschleimhaut rings um die Öffnung (in 2 Eingriffen, die eine Woche aus einander lagen, wurden im Ganzen 6 ccm Paraffin eingespritzt) wurde unter Bildung eines cirkulären Wulstes Kontinenz bis zu 350 ccm Inhalt erzielt; die Kranke entleerte alle 4—6 Stunden die Blase und war in der Zwischenzeit, auch im Umhergehen, trocken.

G. weist auf seine erste Publikation in der »Zeitschrift für Heilkunde« hin und betont die vielfache Verwendbarkeit der Paraffininjektion.

Diskussion: Chrobak ist noch nicht in der Lage, über eigene Erfahrungen zu berichten, doch sei es klar, dass diese Methode eine vielseitige Verwendung in der Gynäkologie finden könnte. Man könne wohl im Stande sein, gewisse funktionelle Anomalien der Vagina damit zu reguliren, eben so sei es klar, dass man damit im Stande sei, das Scheidenrohr zu verengern, indem man durch die Injektionen eine Art Columna rugarum zu bilden vermöge.

Wertheim äußert seine Bedenken, ob nicht mit der Zeit doch eine Weiterverbreitung der Injektionsmasse stattfinde, da ja die Bindegewebslagen des Beckens mit einander kommuniciren. Wenn eine solche mit künstlichen Vaselincolumnen versehene Frau den Coitus ausübe, so werde durch den Impetus des Coitus eine Art Massage ausgeübt, wodurch eine mechanische Verbreitung des Vaselins stattfinden könne. Möglicherweise werde dies ohne Einfluss bleiben, es seien aber auch mannigfache Störungen denkbar. Es könne z. B. zur Ureterenkompression kommen, die ja gerade dort in die Blase einmünden, wo z. B. im Halban'schen Falle die Injektion stattfand. Es seien dies rein theoretische Bedenken, die vielleicht haltlos seien. Jedenfalls sei die Idee Gersuny's zu prüfen.

Gersuny: Was die Verbreitung des Paraffins anlange, so sei dieselbe gewiss möglich und zwar unmittelbar nach der Injektion; wenn man in lockeres Gewebe Injektionen macht und einen hohen Druck verwendet, dann könnte sich das Paraffin in die Gewebsspalten vertheilen. Aber schon nach wenigen Stunden sei die Sache ganz anders. Es kommt immer zu einer kleinzelligen Infiltration, und nach Tagen wird es immer unwahrscheinlicher, dass die Gewebsspalten noch offen sind. Vaselin wird als Fremdkörper eingekapselt, und wenn später seine Verbreitung in die Umgebung bewirkt werden sollte, dann müsste zuerst die Kapsel gesprengt werden. G. hat ein mikroskopisches Präparat untersucht. Bei einer eingezogenen Narbe, welche eine Pat. sehr genirte, hatte G. eine Vaselininjektion gemacht, und die Einziehung war sofort verschwunden. Nach einigen Monaten wollte Pat. die Hautnarbe verschmälert haben, wesshalb diese excidirt wurde. Unter dem Mikroskope sah das Ganze etwa wie ein entzündetes Lipom aus. Man sah stark lichtbrechende Kugeln von verschiedener Größe in ein kleinzellig infiltrirtes Stroma eingebettet. Wenn sich Paraffin überall in Form von kleinen Kugeln einlagern sollte, dann wäre eine weitere Diffusion sehr unwahrscheinlich.

Halban bemerkt, dass eine Kompression der Ureteren nicht zu fürchten sei, besonders wenn man mit den Ureteren gar nicht in Berührung kommt, indem man die Injektionen etwa 1 cm hinter dem Sphincter vesicae ausführt. Das Vaselin ist

in dem vorgestellten Falle etwas diffundirt, doch waren von Seite der Ureteren keinerlei Erscheinungen zu beobachten.

Thenen drückt seine Bedenken dahin aus, dass eine so starre Infiltration bei jugendlichen Individuen ein Geburtshindernis abgeben könnte; es sei daher bei jungen Personen in dieser Richtung hin Rechnung zu tragen.

Irtl erinnert daran, dass Dr. Foederl an der Klinik Billroth durch Einlegen von Paraffinblättchen Gelenke zu bilden versuchte; doch eiterten jene und mussten daher entfernt werden.

IV. Schmit: Chorio-epitheliale Geschwülste der Vagina (Demonstration).

Der Vortr. demonstrirt 2 Vaginaltumoren, die bei einer Pat. 3 Monate nach Ausstoßung einer Blasenmole aufgetreten waren und welche ihrer Hauptmasse nach aus großen Blutcoagulis bestanden, in denen Chorionzotten und syncytiales Geschwulstgewebe nachgewiesen werden konnte, das alle Charaktere des malignen Chorio-Epithelioms besitzt, bei dessen Aufbau sich aber die Zellen der Langhans'schen Schicht nicht betheiligen. Der Uterus erwies sich vollkommen gesund, was durch die zur Sicherheit vorgenommene Exkochleation bestätigt wurde.

Daher wurden bloß die beiden Scheidengeschwülste exstirpirt. Die Pat. befindet sich vollkommen wohl (7 Monate post operat.) und menstruirt regelmäßig.

Redner ist der Ansicht, dass es sich in diesem Falle (analog dem L. Pick-schen) um Verschleppung von Blasenmolenzotten in die Scheidengefäße handelt, die dort deponirt und erst sekundär malign degenerirt seien, während die Blasenmole (von der eine mikroskopische Untersuchung leider nicht vorgenommen werden konnte) vollständig aus dem Uterus eliminirt worden war.

(Erschien ausführlich im Centralblatte für Gynäkologie 1900. No. 47.)

Sitzung am 20. November 1900.

Vorsitzender: Schauta; Schriftführer: Halban.

I. Schmit: Durchbruch eines Dermoides in die Blase (cystoskopische Demonstration).

S. demonstrirt das cystoskopische Bild bei einer Pat., bei welcher aus einer eingezogenen Stelle der linken Blasenwand ein Büschel Haare in die Blase ragt, die durch Auflagerung von Konkrementen keulenförmige, flottirende Körper darstellen. Einzelne derselben gingen spontan mit dem Urin ab, ein großer Theil wurde bereits ausgerissen und per urethram entfernt. Der Vortr. ist der Ansicht, dass es sich um ein nach der Blase durchgebrochenes Dermoid handelt, das sekundär bedeutend geschrumpft ist, so dass man keinen scharf umschriebenen Tumor, sondern nur derbe Schwarten neben der Blase palpiren kann. Es wird der Versuch gemacht werden, auch die restlichen Haare noch per urethram zu entfernen, was wahrscheinlich gelingen dürfte. Sonst bliebe nur die Exstirpation des Balgrestes und isolirte Blasennaht vom Abdomen aus übrig.

(Erscheint ausführlich.)

II. Halban: Kindskopfgroßes Myom der vorderen Muttermundslippe. (Krankendemonstration.)

38jährige Frau. Früher stets gesund. Menstruation immer regelmäßig, ohne Schmerzen. 6 normale Geburten. Bei der 7. Geburt am 13. Januar 1900 musste vom Arzte wegen Querlage Wendung ausgeführt werden.

Als die Frau nach 14 Tagen aufstand, kam ein Vorfall zum Vorschein, und die Frau hatte so heftige, wehenartige Schmerzen, dass sie 5 Wochen liegen musste. Die Schmerzen nahmen an Intensität zu, namentlich beim Uriniren, das nur möglich war, wenn die Frau den Vorfall mit dem Finger zurückschob. Auch Stuhlbeschwerden. Der Vorfall kam in den nächsten Monaten immer weiter, aber nie mehr als in Apfelgröße vor die Vulva und ließ sich reponiren. Es wurde in der

Heimath der Pat. die Diagnose auf Prolaps oder Inversio uteri gestellt. Da die Beschwerden absolut nicht nachließen, kam die Frau von Ungarn nach Wien an die Klinik Schauta. Auf der Reise trat aber der Vorfall in einer bis dahin nie aufgetretenen Weise heraus, so dass ein requirirter Arzt nicht mehr im Stande war, das kindskopfgroße Gebilde zu reponiren.

Seit der Geburt ist die Menstruation wieder vollständig regelmäßig, die Schmerzen ließen während der Dauer der Menstruation nach.

Früher hatte Pat. niemals Fluor, seit der Entbindung besteht starker, übelriechender Ausfluss.

Als die Frau in erschöpftem Zustande in die Klinik kam, fand ich vor der Vulva einen kindskopfgroßen Tumor, dessen Oberfläche in der peripheren Hälfte nekrotisirt war, während die centrale, mit der Vagina in Verbindung stehende Hälfte von einer normalen Schleimhaut bedeckt war. Diese Schleimhaut setzte sich von der nekrotischen Partie in einer scharfen kreisförmigen Linie ab. Die Schleimhaut ließ sich in die Vagina hinein verfolgen, das hintere Scheidengewölbe hatte eine ziemlich bedeutende Tiefe, das vordere eine geringere. Die Diagnose wurde klar, als es gelang, links vom Tumor, 1 cm hinter der Vulva eine Öffnung zu finden, welche als Muttermund angesprochen werden musste. Die Sondirung derselben ergab, dass die Uterushöhle eine Länge von 8 cm hatte. Es machte den entsprechenden Eindruck, dass es sich um ein Myom (die histologische Untersuchung bestätigte dies) handelt, und zwar von der rechten Portiohälfte ausgehend, da die linke scheinbar vollkommen frei war. Es zeigte aber die genauere Untersuchung, dass eine Torsion des Collum uteri zu Stande gekommen war und dass diese Linkslagerung des Orif. ut. ext. einfach dadurch zu Stande gekommen war, dass der Tumor, welcher von der vorderen Muttermundslippe ausgeht, nach seiner Geburt aus der Scheide nach der rechten Seite hin gefallen war und dadurch eine Drehung des Collum und zum Theil auch der vorderen Scheidenwand um 90° verursacht hat, so dass der Muttermund nach links zu liegen kam und sagittal gestellt war. Nach der Detorquirung gelingt es leicht zu zeigen, dass der Tumor von der vorderen Muttermundslippe ausgeht, und dass der Muttermund hinter ihm in normaler Lage quergestellt verläuft.

Es handelt sich in diesem Falle um einen jener seltenen Fälle von Cervixmyomen der Pars intravaginalis.

Es war ein ursprünglich interstitiell in der vorderen Muttermundslippe entwickelter Knoten, welcher offenbar in der Schwangerschaft stark gewachsen und wahrscheinlich auch die Ursache für die Querlage gewesen sein dürfte.

Die Kapsel von Cervixgewebe wurde durch den wachsenden Tumor allmählich verdünnt und schließlich durchbrochen, so dass jetzt das Myom selbst zum Theil bloßliegt und sich gegen die Portioschleimhaut scharf begrenzt. Durch den Zug des Tumors ist es zu einer Elongation des Uterus gekommen. Diese Elongation hat sich unter unseren Augen im Laufe von 10 Tagen noch vermehrt, so dass der Muttermund, welcher beim Eintritte der Frau in die Klinik 1 cm hinter der Vulva lag, jetzt ca. 2 cm vor derselben liegt, und während die Länge der Uterushöhle bei der Aufnahme 8 cm ergab, misst sie jetzt 11 cm Die Therapie ist einfach und besteht in einer Enuklation des Tumors und zwar mit Rücksicht auf die Infektionsgefahr am besten mit dem Thermokauter.

Nachschrift bei der Korrespondenz: Der enukleirte Tumor wog 1200 g. 8 Tage nach der Entfernung des Tumors zeigte es sich, dass sich der früher elongirte Uterus wieder retrahirt hatte, denn die Portio stand in normaler Höhe, und die Messung der Uterushöhle ergab wieder nur 8 cm.

Wimmer demonstrirt a) einen Fall von cystischem Myom von der Größe eines 7monatlichen graviden Uterus.

Der Tumor wurde als Ovarialcyste angesprochen, erwies sich aber bei der Laparotomie im Maria Theresien-Frauen-Hospitale als intramurales Myom der hinteren Uteruswand, welches in seinem Inneren eine Cyste barg, welche ungefähr 1 Liter einer dünnen gelblich-bräunlichen Flüssigkeit enthielt.

In der vorderen Wand der großen Höhle befand sich eine taubeneigroße Cyste, die durch eine Duplikatur der die große Cyste auskleidenden Membran gebildet war und mit der großen Cyste durch ein kreisrundes Loch kommunicirt.

Das Myom wies heftige Cirkulationsstörung auf, befand sich zum Theil in Nekrose. Die Cyste zeigte als Auskleidung kein Epithel, sondern eine homogene bindegewebige Membran.

Genesis der Cyste nicht nachweisbar. Nicht wahrscheinlich aus der regressiven Metamorphose des Myoms hervorgegangen. Möglicherweise aus einem Residuum eines Gartner'schen Ganges entstanden.

b) W. demonstrirt ein Kystadenoma glandul. papilliferum beider Ovarien.

Hauschka (als Gast) stellt einen Fall von Uterustuberkulose vor.

Frau S. V., 29 Jahre, verheirathet, hereditär nicht belastet, war angeblich immer gesund. Erste Periode mit 14 Jahren schwach, unregelmäßig (Amenorrhoe bis zu einem Jahre). Vor 7 Jahren ein Abortus im 3. Lunarmonate. Kein Partus. Vor 4 Jahren rechtsseitige Eierstocksentzündung. Vor 5 Monaten dünner gelber Ausfluss, zeitweilige Blutungen.

Am 22. Oktober ins Maria Theresien-Frauen-Hospital aufgenommen.

Status praesens: Mittelgroße gut genährte Frau. Nirgends Tuberkulose nachweisbar.

Vagina mäßig weit, Portio sehr breit, ektropionirt, an der hinteren Fläche eine hellergroße Erosion.

Cervix offen, mit weichen Protuberanzen erfüllt, die stellenweise zu derberen Knoten konfluiren, so dass die Meinung erweckt wurde, es liege ein Cervixcarcinom vor. Am 22. Oktober Excision eines Stückchens aus der Cervix zur mikroskopischen Untersuchung, die in Knötchen angeordnete Herde von epitheloiden Zellen und Riesenzellen in reichlicher Menge zeigt. Diagnose: Tbc. uteri.

Am 24. Oktober Totalexstirpation des Uterus sammt Adnexen p. vaginam. Fieberloser Verlauf.

Am 13. November geheilt entlassen.

Die Untersuchung des Uterus ergiebt Tuberkulose der gesammten Uterusschleimhaut, käsigen Zerfall und Exulceration in der Cervix. Epithel oder Drüsen nicht vorhanden, da die ganze Uterusschleimhaut durch tuberkulöses Granulationsgewebe ersetzt ist. In beiden Tuben ist das Epithel erhalten, darunter aber die Schleimhaut tuberkulös erkrankt. Ovarien und Peritoneum frei von tuberkulösen Herden. Wegen der hochgradigen Zerstörung der Cervix und der gegen die Tuben allmählich abnehmenden Intensität der Erkrankung fasst Vortragender diesen Fall als einen primärer ascendirender Tuberkulose auf. Tuberkelbacillen in äußerst spärlicher Anzahl nachgewiesen. (Ausführliche Publikation des Falles erscheint demnächst.)

Diskussion: Ludwig fragt, ob auch Pyometra vorhanden war?

Hauschka erwidert, dass eine solche nicht vorhanden war, obwohl sich an der Stelle, wo das Ulcus tuberculosum begann, eine Stenose befand.

Ludwig hat im vorigen Jahre eine Tuberkulose des Uterus demonstrirt, welche sowohl von vorn herein, als auch später bei der Operation noch diagnostische Schwierigkeiten gemacht hatte, weil es zu einer vollständigen Verödung der Höhle des Corpus uteri gekommen war, bei vollkommenem Freibleiben der Cervix. In diesem Falle waren die tuberkulösen Granulationen gegen das Centrum so gewuchert, dass eine vollständige Verödung des Corpus uteri zu Stande kam unter Verlust des Epithels und beinahe vollkommenem Schwund der Drüsen. Es sei möglich, dass in Hauschka's Falle der gleiche Process am Orificium internum sich vorbereitet hatte. L. hat die Litteratur auf derartige Vorkommnisse durchgesehen und analoge Fälle nicht gefunden. L. glaubt daher, dass der damals demonstrirte Fall als Unicum anzusehen sei.

III. Peham berichtet über einen Fall von Inversio uteri sub partu, welcher sich vor einigen Wochen an der Klinik Chrobak ereignete.

Eine 23jährige Ipara mit normalem Körperbau hatte nach 6stündiger Wehenthätigkeit ein 3600 g schweres lebendes Kind geboren. Nach Abgang der Placenta starke Blutung. Der diensthabende Arzt hatte die anscheinend schon gelöste Placenta durch Druck auf den Fundus herausbefördert und die zum Theil noch adhärenten Eihäute durch leichten Zug an denselben entfernt. Bei der äußeren Untersuchung fühlte man eine Delle am Fundus des anscheinend tief im Becken befindlichen Uterus; bei der inneren Untersuchung gelangte man unmittelbar hinter dem Introitus auf die Placentarinsertionsstelle, welche am Fundus saß und nun den tiefsten Punkt am invertirten Uterus darstellte, der Uterus füllte die Vagina aus, die Scheidenwände schienen direkt in den Uterus überzugehen, und nur an einem kleinen Theile der Peripherie nach links und vorn war ein scharfer, den Muttermund darstellender Saum zu fühlen. In Chloroformnarkose wurde die am tiefsten gelegene Stelle eingestülpt und von da aus partienweise der Uterus in seine normale Lage zurückgebracht. Nachdem 1—2 Partien eingestülpt waren, ging mit einem Male der ganze Uterus in seine normale Form zurück.

Nach der Reposition wurde der Uterus mit 1%iger Lysollösung ausgespült. Die Frau blutete nicht mehr und erholte sich rasch. Sie hatte ein vollständig afebriles Wochenbett.

P. macht in dem mitgetheilten Falle 2 Momente für die Entstehung der Inversion verantwortlich: 1) Druck auf den Fundus zu einer Zeit, wo der Uterus wahrscheinlich nicht kontrahirt war, und 2) das Ziehen an den noch haftenden Eihäuten.

Diskussion: Chrobak bemerkt, dass er in der Lage gewesen sei, an der Klinik 3 Fälle von Inversio uteri zu beobachten. Einmal war die Inversio irreponibel und die Frau, die schon septisch zur Operation kam, ging zu Grunde. Es fand sich ferner bei der Obduktion, dass eine Ligatur an der Art. spermatica abgeglitten war. Wenn C. noch die Beobachtungen der Privatpraxis hinzurechnet, so glaubt derselbe im Ganzen 6—7 Fälle von Inversion gesehen zu haben.

---

2) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Oktober 1900.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Mendes de Leon stattet seinen Bericht als Abgeordneter für den internationalen gynäkologischen Kongress in Paris ab, wobei er namentlich über die Endresultate der Operationen bei Carcinoma uteri spricht und den verschiedenen Standpunkt einzelner hervorragender Autoritäten hervorhebt. Ott, Richelot und Cullen sind ziemlich optimistisch gestimmt, Régnier, der den Eindruck großer Zuverlässigkeit machte, weit weniger.

Stratz berichtet über die mikroskopischen Details der früher demonstrirten Hämatometra, welche ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht worden.

Treub hat die Mittheilung von Stratz mit großer Befriedigung gehört. Durch diesen so wie den früher von C. van Tussenbroek mitgetheilten Fall ist erwiesen, dass die Infektionstheorie von Nagel nicht für alle Fälle passt, eine Auffassung, mit der so manches klinische Bild nicht zu vereinigen war.

Schoemaker demonstrirt neue Beinhalter nach dem Princip von v. Ott, wobei die Ledertheile durch Metall ersetzt sind.

Kouwer: Geburt bei Spaltbecken. 25jährige Igravida, stets gesund und kräftig, einzige Klage eine kleine, empfindliche »Wunde« oberhalb der Geschlechtstheile. Bei der Untersuchung fand sich ein Spaltbecken mit 5 cm Abstand zwischen den Schambeinen. Die äußeren Geschlechtstheile lagen etwas weiter nach vorn, als normal. Die Labia majora wichen nach vorn auseinander und verloren sich nach den Tuberc. pubica zu im Unterhautfett, der ganze Introitus vaginae lag in Folge davon frei. Clitoris und Praeputium clitoridis zeigten leichte Spaltung.

Die »Wunde« lag 3 cm oberhalb der Clitoris, dazwischen wie Narbengewebe glänzende Haut, 12 cm höher der Nabel. Der Boden der »empfindlichen Wunde« bestand aus ektopischer Blasenschleimhaut ohne jegliche Kommunikation mit der normal funktionirenden Blase. Bei der Exstirpation wurde ein kleiner Strang durchgeschnitten, der durch die Linea alba in die Abdominalhöhle verlief.

Außerdem bestand eine sehr starke Lendenlordose. Das Becken war geräumig, trotzdem das Promontorium leicht erreichbar war.

C. D. 12,5 cm, das Sacrum war wenig konkav. Die Geburt verlief spontan, in 6 Stunden völlig normal mit Ausnahme eines leichten Dammrisses, der p. prim. heilte, — kein Prolaps. Demonstration eines Radiogrammes, post partum aufgenommen.

In der Litteratur fand K. nur 8 analoge Fälle; beinahe stets Dammriss und spontane Prolapse.

Im Anschlusse an diesen Fall demonstrirt K. 4 Spaltbecken, ein weibliches, zwei männliche und ein kindliches.

Allen gemeinschaftlich ist das Fehlen der Symphyse, die schlechte Entwicklung des horizontalen Astes des Os pubis, das Tuberc. pubicum ist groß, nach oben gedreht (Wirkung der Bauchmuskeln), Foramen obturatorium sieht nach außen. Das Os ilei ist nach außen gedreht, so dass sein hinterer Theil das Os sacrum stärker umfasst, wodurch der Abstand der Spin. posteriores verkürzt ist.

Dadurch scheint das Sacrum tief eingesunken zu sein, was in Wirklichkeit nicht der Fall ist, da das Promontorium hoch über dem Beckeneingange steht. Die Spinae ischiadicae sind mit der Drehung des Os ilei nach innen, die Acetabula nach außen verschoben; die Incisura ischiadica ist verengt.

Dist. spin. il. ant. sup. ist sehr groß, inf. fehlen fast ganz, Furche des Psoas schwach ausgeprägt. Sacrum konvex in Längs- und Querrichtung, hat ein und mehrere falsche Promontoria (besonders bei einem männlichen Becken mit assimilirtem Lendenwirbel), die obersten Foramina sacralia sind von oben nach unten in die Länge gezogen.

Entgegen Litzman's Ansicht, dass das Sacrum durch den Druck der Rumpflast tiefer in das Becken eingekeilt wird, ist K. der Ansicht, dass das Sacrum stehen bleibt, die Ossa ilei darum hindrehen, und das Gleichgewicht durch stärkere Lordose und Verlegung des Schwerpunktes nach hinten erhalten wird. Dadurch wird das Sacrum und die Lendenwirbelsäule vorn verlängert, hinten verkürzt, und diese zunächst durch Muskelwirkung hervorgerufene Veränderung wird beim Wachsthume des Skelettes in diesem fixirt.

Sitzung vom 18. November 1900.

Diskussion über den Vortrag von Kouwer über das Spaltbecken.

Treub hält an der Litzman'schen Ansicht fest und glaubt, dass das Kreuzbein tiefer tritt, wenn auch die Kouwer'sche Auffassung der Drehung der Ossa ilei dabei zu Recht bestehen bleibt.

Dafür spricht, dass der Beckenspalt im kindlichen Alter beim Stehen größer ist, als beim Liegen: das Becken weicht auseinander, und das Kreuzbein muss dann tiefer treten.

Der scheinbare Hochstand des Promontoriums ist bei einigen der demonstrirten Becken offenbar die Folge der Zwischenwirbel, die es länger erscheinen lassen.

Kouwer replicirt, dass die von Treub hervorgehobenen Veränderungen bei Lagewechsel sich eben so gut durch Muskelzug erklären lassen. Dass das Kreuzbein tiefer tritt und das Promontorium doch normal hoch bleibt, kann Kouwer sich nicht denken. Die eventuellen Zwischenwirbel machen die Deutung allerdings schwieriger; um aber damit argumentiren zu können, müsste man das ganze Skelett vor sich haben. Nach seiner Ansicht entscheidet der Hochstand des Promontoriums zugleich den Hochstand und damit das Stehenbleiben des Os sacrum.

Treub giebt zu, dass beide Ansichten eben so viel für wie gegen sich haben. Wie erklärt Kouwer aber das Nach-außen-weichen und die Drehung der Ossa ilei, die Litzman auf den eindringenden Keil des Kreuzbeines zurückführte?

Kouwer verweist auf die schönen Untersuchungen von Waldeyer, die darthuen, dass der Mechanismus lange nicht so einfach ist, als Litzman sich vorstellte. Wenn das Kreuzbein einen Keil darstellt, dann ist es ein nach hinten schmälerer Keil, der demnach gar nicht nach vorn wirken kann; hier spielen die Bandapparate eine viel wichtigere Rolle, als man bisher angenommen hat.

Nyhoff hebt hervor, dass die Lig. spinoso-sacra und tuberoso-sacra auffallend kurz sind. Damit lässt sich ein Kompromiss zwischen Kouwer's und Treub's Auffassung machen. Durch die kurzen Ligamente wird ein Sinken des Kreuzbeines verhindert, das entweder stärker konkav werden, oder in seiner Lage erhalten werden muss, trotz seines Bestrebens, sich zu senken.

Kouwer erwähnt, dass die Verkürzung der betreffenden Ligamente sekundär ist, und demnach nicht als Argument pro oder contra verwerthet werden kann.

Meurer schlägt vor, um die verschiedenen Ansichten über den Einfluss der Lage zu untersuchen, in event. weiteren Fällen außer der liegenden und stehenden auch die sitzende Lage zu untersuchen, wobei nur Rumpfdruck ohne Muskelzug besteht.

Kouwer stimmt ihm bei. Bei Chirurgen lässt sich bei Ektopia vesicae leicht ein entsprechender Fall finden.

Schoemaker zeichnet eine schematische Figur, einen vorn offenen Kreis, bei dem die Ileo-sacralgelenke als Drehpunkte eingetragen sind. Der Angriffspunkt der Rumpflast von oben sind diese Drehpunkte, die äußersten Punkte der beweglichen Hebelarme sind die Angriffspunkte der von unten wirkenden Kräfte; fallen die Resultanten innerhalb des Drehpunktes, dann muss die Drehung des Hüftbeines nach innen, fallen sie außerhalb, dann muss sie nach außen geschehen.

Treub meint, dass dies theoretisch sehr richtig ist, in praxi lässt sich aber der Drehpunkt nicht so genau bestimmen.

Barnouw hebt die Wichtigkeit der Muskelwirkung hervor.

Nyhoff demonstrirt Photographien und Bruchsack von einer kolossalen Hernia ventralis, die nach einer vor 15 Jahren von anderer Seite ausgeführten Myomektomie entstanden war. Im Bruchsacke war der Uterusstumpf und das Netz verwachsen. Bauchnaht in drei Etagen. Glatte Heilung.

Treub zeigt das »Nécessaire des Dr. Garrigues«, eine geburtshilfliche sterile Verbandtasche mit komprimirter Watte.

Treub. Sectio caesarea mit individueller Indikation.

44jährige Primipara mit mäßig rachitisch plattem Becken. Spin. 25, crist. 26, Conj. inclin. 10,5 (bei Walcher'scher Lage 11,5), Symphysenhöhe 5. C. vera ± 9 (bei Walcher ± 10).

Beckenausgang sagittal 9,2 (in Steinschnittlage 10), Dist. tub. 9 (in Steinschnittlage 9,2).

Mit Rücksicht auf die Verengerung im Beckenausgange und auf das Alter der Frau wurde 3 Wochen vor dem erwarteten Partus am 16. Oktober Partus praematurus mit Blasenstich gemacht. Am 17. Oktober traten Nachmittags kräftige Wehen auf, Abends 7 Uhr Portio verstrichen.

Am 18. Oktober Abends digitale Erweiterung des Ostium bis auf 2,5 cm.

19. Oktober Morgens 9 Uhr Kontraktionsring einige Finger oberhalb der Symphyse. Ostium nicht weiter. Albumen im Urin. Um 9 Uhr 30 Minuten eklamptischer Anfall.

Im Interesse des Kindes, das durch die lange Dauer der Geburt und die Eklampsie der Mutter jetzt doppelt gefährdet ist, wird Sectio caesarea gemacht. Glatter Verlauf, Temperatur Abends 38,2, darauf normal. Am Tage nach der Operation noch zwei eklamptische Anfälle.

Treub hebt hervor, dass nur das Leben des Kindes die Indikation abgebe, nicht aber die Eklampsie, wofür er andere Arten der Entbindung, medikamentöse Behandlung etc. hätte anwenden können. Die Eklampsie spielt nur in so fern eine Rolle, als dadurch das Kind gefährdet war.

Nyhoff demonstrirt im Anschlusse an den Treub'schen Fall die Photographie einer rachitischen Zwergin, bei der er wegen absoluter Indikation Sectio caesarea machte. Das Kind war asphyktisch und konnte nicht zum Athmen gebracht werden, die Mutter heilte glatt.

Kouwer erkennt in Treub's Falle die Indikation für Sectio caesarea, nicht aber die vorhergehende für Partus praematurus.

Treub findet die Indikation in der Verengerung des Beckenausganges und der Zähigkeit der weichen Theile bei dieser alten Primigravida. Das Kind wog 2500 g.

Polak erwähnt im Anschlusse an Treub's Fall einen eigenen, wo er wegen Eklampsie unter sehr ungünstigen äußeren Umständen, »der Noth gehorchend, nicht dem eigenen Triebe«, Sectio caesarea gemacht hatte.

Treub meint, es wäre besser gewesen, wenn Polak dem »eigenen Triebe« gefolgt und die Sectio caesarea nicht gemacht hätte. Derartige Operationen ohne absolute Indikation sind nur in Kliniken erlaubt, wo man die Asepsis völlig beherrschen kann.

Schoemaker berichtet über einige Erfahrungen, die er mit der Bier'schen Methode der Anästhesirung durch Einspritzung von Cocain in den Rückenmarkkanal gemacht hat.

Im Allgemeinen ist er mit den Resultaten recht zufrieden.

Kouwer hofft, dass Schoemaker unangenehme Erfahrungen erspart bleiben. Der wunde Punkt der Methode liegt im Cocain, dessen größere oder geringere Giftigkeit, eben so wie eine eventuelle Idiosynkrasis der Pat., sich jeglicher Berechnung entziehen. **C. H. Stratz** (den Haag).

Wochenbett.

3) Van de Poll (Amsterdam). Fall von Tetanus puerperalis.

(Med. Weekblad v. Noord- en Suid-Nederland, 7. Jaargang 1900. No. 29.)

Fall von tödlich verlaufendem Tetanus im Wochenbette bei einer Ipara, im 7. Schwangerschaftsmonate von einer Hebamme entbunden. Verf. wurde 2 Stunden nach der Geburt gerufen, um die fest verwachsene Placenta manuell zu lösen. Naht einer kleinen Ruptura perinei. Am 7. Tage des Wochenbettes Tetanuserscheinungen, trotz 20 ccm Antitetanusserum (französisches Präparat, mehr und anderes war nicht zu haben) Tod am 8. Tage. **Semmelink** (Leiden).

4) Fr. Landucci (Bergamo). Retention eines abgestorbenen Fötus in der Uterushöhle.

(Verhandlungen der ital. Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Pavia 1899.)

Der mitgetheilte Fall betraf eine 31jährige Frau, bei der es im sechsten Monate der Schwangerschaft zum Abortus imminens (Wehen, starke Blutungen) kam. Jedoch war der Abort kein vollständiger, die Blutungen hörten allmählich auf, und der abgestorbene Fötus blieb zwei volle Jahre in der Gebärmutter zurück. Während dieser Zeit traten wiederholt entzündliche Erscheinungen von Seiten des Unterleibes auf; die Pat. hatte Schmerzen im Leibe, Meteorismus, Diarrhöe, Ausfluss aus der Vagina, Fieber. Die Menses waren, wenigstens eine Zeit lang, regelmäßig. Schließlich bildete sich eine Utero-Rectalfistel; es kam zu hartnäckigen Diarrhöen, und es entleerten sich bisweilen Blut und kleine Knochen aus dem After. Erst nach genauester Untersuchung gelang es dem Verf., auf Grund der objektiven Symptome (Uterus von der Größe des dritten Schwangerschaftmonates, durch reichliche Exsudatmassen an das Rectum fixirt, krepitirendes Gefühl über dem Uterus), so wie einer ausführlichen Anamnese die richtige Diagnose zu stellen. Dieselbe war noch besonders dadurch erschwert, dass der Cervixkanal in Folge vorausgehender starker Ätzung obliterirt war. Verf. ging nunmehr vaginal vor; nach querer Spaltung der Cervix wurde die Uterushöhle eröffnet, und der aus den

Knochen eines etwa sechsmonatlichen Fötus bestehende Inhalt mit einiger Mühe extrahirt. Die Knochen hatten sich zum Theil fest in die Wand des Uterus eingebohrt; sie waren gänzlich von Weichtheilen entblößt und mit Ausnahme der kleinsten ziemlich vollzählig. Die Fistel schloss sich (unter Ergotingebrauch) nach kurzer Zeit, und die Pat. wurde vollständig geheilt.

H. Bartsch (Heidelberg).

5) **C. Mariani** (Massa Marittima). Schwere puerperale Infektion des Uterus, gefolgt von akuter Peritonitis. Vaginale Hysterektomie. Heilung.

(Arch. di ost. e gin. 1900. No. 1—2.)

Die Überschrift besagt das Wesentliche. Es handelte sich um eine septische Puerperalinfektion, die primär den Uterus betraf (Endometritis und Metritis) und trotz der angewandten Therapie (Ausspülungen, Curettement) auch die Parametrien in Mitleidenschaft zog. Eine Incision im hinteren Scheidengewölbe entleerte eine kleine Menge Eiter. Dieser Eingriff hatte jedoch nur eine vorübergehende Besserung zur Folge, und kurze Zeit hernach traten die Erscheinungen einer akuten — jedenfalls durch Perforation eines eitrig-septischen Herdes bedingten — Peritonitis auf; es kam zu plötzlicher Temperatursteigerung, intensiven Schmerzen im Leibe, Meteorismus, kleinem und frequentem Puls.

In der Absicht, den primären Infektionsherd zu entfernen und gleichzeitig das Peritoneum zu drainiren, führte Verf. die vaginale Exstirpation des Uterus (46 Tage nach der Entbindung) in der gewöhnlichen Weise aus; die Operation war durch große Zerreißlichkeit der Gewebe eben so wie durch die Schwäche der Pat. in erheblicher Weise erschwert. Es entleerte sich nach Wegnahme des Uterus eine kleine Menge Eiter. Tamponade, Kochsalzinfusion, Koffeïninjektionen. Die Kranke wurde vollkommen geheilt. Verf. zog den vaginalen Weg als weniger gefährlich und gleichzeitig wirkungsvoller dem Bauchschnitte vor. Verlauf und Ausgang des Falles sprechen jedenfalls entschieden dafür, dass die Indikation zum operativen Eingriffe berechtigt war. **H. Bartsch** (Heidelberg).

6) **N. P. Ernst.** Eine milde Form der Neuritis cruralis im Puerperium.

(Bibl. f. Laegevid. 1900. p. 540.)

E. berichtet über 30 Fälle einer bisher unbeachteten Neuritis, die in den ersten Tagen nach der Geburt erscheint und durch Parese der einen oder beider Unterextremitäten, durch Schmerzen im Gebiete des N. cruralis und Empfindlichkeit am Stamme des Nerven charakterisirt ist. Es folgt immer Temperatursteigerung, meist nur in geringem Grade. Keine Sensibilitätsstörung. Nach wenigen Tagen verliert sich das Leiden völlig. Das Leiden kommt am häufigsten bei Iparae vor. — Die Pathogenese ist räthselhaft. Infektion und Intoxikation mit Antisepticis scheint man in diesen Fällen ausschließen zu können.

Kuhn Faber (Kopenhagen).

7) **E. Grandin** (New York). Hysterektomie beim Wochenbettfieber. (Aus der Harvard med. soc. of New York City.)

(Med. news 1900. Juli 21.)

Meist wird nach G. beim Wochenbettfieber der richtige Augenblick versäumt, in welchem mit Aussicht auf Erfolg eine Hysterektomie ausführbar wäre. Es liegt das hauptsächlich an der Schwierigkeit, die Ursache eines im Wochenbette auftretenden Fiebers festzustellen. Allein diese Schwierigkeit kann unschwer überwunden werden, wenn man sich nur zur Regel macht, bei jeder fieberhaften Störung des Verlaufes das Innere der Gebärmutter sorgfältig und in Narkose abzutasten. Fast immer ist diese Untersuchung ohne vorgängige Dilatation einfach mit dem Finger ausführbar. Wo die Gebärmutterhöhle frei von in Fäulnis übergegangenem Material ist, die septischen Erscheinungen aber schwer sind, da giebt die Hysterektomie vergleichsweise noch die besten Aussichten. Doch muss sie frühzeitig ausgeführt werden, weil die Ausbreitung der Infektion über die Genital-

organe hinaus auf dem Wege des Lymphsystems außerordentlich rasch erfolgt und nicht mehr heilbar ist. — Brower hebt den Unterschied zwischen der schweren Streptokokkeninfektion und derjenigen Infektion hervor, welche von einem Bakteriengemisch erzeugt wird und weit leichter zu verlaufen pflegt. — Auch Marx stimmt dem bei, hebt aber hervor, dass die Streptokokkeninfektion die weit häufigere Form sei und etwa in 95% vorliege. Er habe in 25 Fällen das Streptokokkenserum Marmorek's angewandt, in allen mit tödlichem Ausgange, so dass er es ganz verlassen wolle. Dagegen scheine ihm die Credé'sche Silbersalbe von günstigem Einflusse. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

8) **Lyle** (Dublin). Puerperale Sepsis.

(Lancet 1900. September 29.)

L. unterscheidet 1) Saprämie (septische Intoxikation), 2) Septikämie oder akute septische Infektion, bei der septische Mikroorganismen durch die Lymphbahnen direkt ins Blut kommen, 3) Pyämie, wobei ein septischer Thrombus der Uterussinus von den Venen fortgeschleppt wird. Ad. 1) macht L. folgende Unterabtheilungen: a. fötide Saprämie, d. h. die Zersetzungsprodukte stammen von den in dem Geburtskanale liegenden Massen (Lochien, Blutklumpen etc.). b. Eitrige Saprämie, wenn Geschwüre am Introitus oder am Damme oder eine septische Endometritis die Toxine lieferten. c. Entzündliche Saprämie, als Folge akuter Entzündungen von Scheide, Gebärmutter oder Parametrium. Diese Zustände sind stets mit stärkeren Schmerzen verbunden. **Rissmann** (Osnabrück).

Verschiedenes.

9) **A. Hansson.** Ein Fall von Nabelschnurbruch.

(Hygiea 1900. Juli.)

Kind, 19 Stunden alt. Der Bruch halbfaustgroß. Der Defekt in der Bauchwand ungefähr 5 cm im Umrisse. Chloroformnarkose. Zuerst ein 4 cm langer Schnitt in der Linea alba zwischen dem Bruche und Proc. xiphoideus. Der Schnitt wurde dann auf den Bruchsack verlängert. Das lebhaft injicirte Netz ist mit seinem distalen Ende adhärent an der Innenseite des Bruchsackes. Nach Lösung desselben Excision des Sackes. Etagennaht. Fieberfreier Verlauf. Das Kind ist gesund und gedeiht gut.

Im Anschlusse an diesen Falle giebt Verf. eine ausführliche Darstellung des Themas, wobei er besonders gegen die französische Auffassung polemisirt, dass das innere Blatt des Bruchsackes nicht mit dem Peritoneum identisch sei. — Betreffs der Therapie huldigt Verf. der von Lindfors inaugurirten Radikaloperation. — Vollständige Kasuistik wird beigefügt. **Elis Essen-Möller** (Lund).

40) **Haultain** (Edinburg). Hämatometra im rechten Horne eines unentwickelten doppelten Uterus.

(Brit. med. journ. 1900. Mai 26.)

Eine 24jährige Frau hatte seit 7 Jahren Schmerzen in der rechten Seite, vor 2 Jahren wurde eine heftige Peritonitis überstanden. Die Periode fehlte stets. Bei der Laparotomie fand man den Sack gerissen und Blut zwischen den Falten des Lig. latum. Zahlreiche peritonitische Verwachsungen bestanden zwischen den Bauchorganen. Die bislang von Hegar, Emmet, Leroy beschriebenen Fälle wiesen eine funktionirende Uterushälfte auf, während in dem vorliegenden Falle der nicht verschlossene Uterus atrophisch war und nie Periodenblutungen ausgelöst hatte. **Rissmann** (Osnabrück).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 9. Februar. 1901.

Inhalt:

I.

(Aus dem Kaiserlichen Klinischen Institute für Geburtshilfe und Gynäkologie zu St. Petersburg.)

Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreifsenden betrachtet werden?

Von

Prof. **W. Stroganoff.**

Geburt und Wochenbett sind physiologische Vorgänge. So gestaltet sich die Meinung aller Geburtshelfer. Die Temperatur im Verlaufe derselben sollte daher in den normalen Grenzen bleiben müssen, die Anzahl der fiebernden Wöchnerinnen ist aber trotzdem sogar in den musterhaftesten Kliniken keine geringe. So wurde z. B. in der Klinik von Ahlfeld in 25%, in derjenigen von Bumm in 21,25%, von Slaviansky nach dem Berichte von Surowzeff in 29,8%, nach dem Berichte von Poroschin in 29%, im Institute für Geburtshilfe und Gynäkologie nach Wiridarsky in 20,5%, nach Tschapin in 17%,

bei Massen in 17,7% aller Fälle eine Temperaturerhöhung konstatirt.

Ziehen wir von den oben angeführten Zahlen die zufälligen Komplikationen ab, so bleibt der Procentsatz der Fiebernden dennoch ein bedeutender. Die Anzahl der fiebernden Wöchnerinnen war noch vor Kurzem so groß, dass einige Geburtshelfer die Temperatur von 38,2° und sogar 38,8° als eine normale für das Wochenbett ansahen.

Die Ausführung aller Forderungen der Aseptik und die antiseptischen Maßregeln haben den Procentsatz der Erkrankenden scharf reducirt und unsere Ansicht über die normalen Schwankungen der Temperatur bei den Kreißenden und Wöchnerinnen verändert. Die oben angeführten Zahlen über die Häufigkeit der Erkrankungen im Wochenbette zeigen aber, dass das Puerperium auch heut zu Tage noch nicht vollständig normal verläuft, dass aber in der gegenwärtigen Methode der Leitung der Geburt Ursachen vorhanden sind, welche nicht selten einen pathologischen Verlauf des Puerperiums bedingen. Die Mehrzahl ersieht dieselben entweder in dem Einbringen eines septischen Giftes in die Genitalia während der inneren Untersuchung oder Irrigation oder in der sog. Autoinfektion. Um den Erkrankungen und der Sterblichkeit der Wöchnerinnen vorzubeugen, sind verschiedene Methoden der Geburtsleitung vorgeschlagen. Leopold und Pinard sprechen sich für eine höchst beschränkte innere Untersuchung aus, Döderlein für die Anwendung von Handschuhen, Ahlfeld für eine sorgfältige Desinfektion des Geburtskanales während der Geburt, Krönig und Menge gegen die Desinfektion; und dennoch kommen auch ohne innere Untersuchung, bei der Desinfektion des Geburtskanales und auch ohne dieselbe sehr schwere, sogar tödliche puerperale Erkrankungen vor. Dieser Umstand ist um so unverständlicher, da in letzter Zeit die Selbstreinigung des Geburtskanales als festgestellt betrachtet wird.

Dr. Massen sagt: »Trotz der verschärften Obhut über die Reinheit der Hände bei dem Personal, welches die innere Untersuchung der Kreißenden ausführt und die Geburt leitet, trotz der sorgsamen Sterilisation alles Desjenigen, was mit der Kreißenden und Wöchnerin in Berührung tritt — die Desinfektion der Wäsche wird in dem Apparate von Lautenschläger, die Sterilisation der Instrumente in dem Apparate von Schimmelbusch vorgenommen — auch trotz der Desinfekion und Lüftung der Krankensäle, keiner Anhäufung von Kreißenden und strenger Isolation der mehr oder weniger ernsten Erkrankungen hat sich der Procentsatz der fiebernden Wöchnerinnen im Asyle nicht vermindert. Auch bei uns wiederholte sich dieselbe Erscheinung, auf welche Bumm in seiner Arbeit hingewiesen hat. Die Anzahl der fiebernden Wöchnerinnen blieb bei Bumm eine gleiche, fand die Geburt unter den Bedingungen der alten Klinik (Basel) oder der neuen (mir persönlich bekannten) statt, wo, wie es schien, keine Quelle für eine äußere Infektion zu finden ist.« Der Verlauf des Puerperiums ist also heut zu Tage von vielen Geburtshelfern als

unbefriedigend anerkannt, und die angewandten Maßregeln erscheinen bis jetzt noch als unzureichend. Dieser Umstand nöthigt uns also, **gleichzeitig mit der Verschärfung der aseptischen und antiseptischen Maßregeln, deren Wichtigkeit unbestreitbar ist, eine neue Quelle der Infektion zu suchen und die strengste Kritik über alle Einzelheiten der gegenwärtigen Methoden der Leitung der Geburt und des Wochenbettes auszuüben.**

Eine ganze Reihe von Thatsachen hat in den letzten 2 Jahren auf die Rolle der Wannenbäder bei der aseptischen Geburtsleitung meine Aufmerksamkeit gelenkt. Die Wanne wird, wie bekannt, heut zu Tage für die Kreißende in allen Kliniken als obligatorisch angesehen, sogar als einziges Mittel der Reinigung des Körpers der Kreißenden, wenn nur keine Kontraindikationen vorhanden sind. Und gerade die Wanne entspricht nicht allen Forderungen der Aseptik und Antiseptik.

Man muss von diesem Standpunkte zuerst darauf hinweisen, dass die Reinigung des Körpers der Kreißenden in der Wanne sehr unvollkommen ist. Da das Wasser der Wanne die dem Körper anhaftenden Schmutztheilchen auflöst und aus dessen Oberfläche mechanisch entfernt, so muss es demnach dieselben in aufgelöstem oder gewägtem Zustande enthalten. Die leichteren Theilchen, hauptsächlich die fettreichen, werden auf der Wasseroberfläche schwimmen, die schweren aber auf den Boden sinken; keine geringe Menge wird aber auch an dem Körper des Badenden haften bleiben. Das folgende kurze Abwaschen, sollte dasselbe ausgeführt werden, wird die anhaftenden Schmutztheilchen in gewissem Grade abspülen, aber bei Weitem nicht vollkommen. Unter gewissen Umständen kann sogar eine noch größere Verunreinigung einzelner Körpertheile nach dem Wannenbade angenommen werden. Es ist das nämlich der Fall, wenn der Körper der Badenden sehr beschmutzt ist, wenn derselbe von Wundflächen, eitrigen Geschwüren bedeckt ist, oder wenn die Wanne selbst nicht genügend rein gehalten wird. Am schmutzigsten sind gewöhnlich Hände und Füße. Der Schmutz von diesen Theilen kann die Verunreinigung des übrigen Körpers nur noch vergrößern.

Eine andere Quelle der Verunreinigung der Wanne ist die Gegend des Anus, wo Exkremente in geringer Menge fast immer — manchmal sogar in größerer Quantität — vorhanden sind. Dieselben werden in der Wanne abgespült, verbreiten sich im Wasser und haften an verschiedenen Körpertheilen des Badenden an.

Die Möglichkeit der eben beschriebenen Verunreinigung ist ja bei dem in den großen und kleinen Gebäranstalten gebräuchlichen Vorgange des Empfanges der Kreißenden sehr groß. Obgleich an der Kranken eine gründliche Desinfektion des Perineums und der benachbarten Theile während des Empfanges gewöhnlich ausgeführt wird, so wird ja darauf ein Klysma verordnet, welchem das Wannenbad nachfolgt. Es unterliegt kaum einem Zweifel, dass ein ...

Quantum verdünnter Exkremente um den After herum anhaften bleibt, und dass der Bacillus coli communis im Wasser der Wanne in großer Anzahl gefunden werden muss.

Als dritte Quelle der Verunreinigung des Wassers der Wanne können die Überbleibsel von dem vorhergegangenen Bade angesprochen werden. Und in der That stellen wir uns die gewöhnliche Art der Reinigung der schon gebrauchten Wanne vor: Dieselbe wird gewöhnlich mit Seife und Bürste oder Schwamm bei mehr oder weniger starker Irrigation mit warmem Wasser abgewaschen. Kann aber ein derartiges Verfahren eine Wanne vom Standpunkte des Bakteriologen von Schmutz vollkommen reinigen? Selbstverständlich nicht. Ich habe sogar in den besten Badeanstalten von Paris, Berlin und Wien nicht gesehen, dass die Wanne mit kochendem Wasser oder Dampf sterilisirt wurde. Daher bleiben Schmutztheilchen mit Mikroben von dem vorhergegangenen Bade an den Wänden der Wanne und gelangen in das neu eingegossene Wasser; da aber keine geringe Anzahl Schwangerer an Wunden, eitrigen Geschwüren und auch an Endometritis sub partu leiden, so ist sogar die Möglichkeit der Verunreinigung durch specifische Mikroben verständlich.

Man kann das oben Angeführte folgendermaßen kurz zusammenfassen: Der Mensch badet in der Wanne in seinem eigenen verdünnten Schmutze und sogar in seinen eigenen verdünnten Exkrementen; denselben mischt sich auch der Schmutz des vorhergegangenen Bades in größerer oder geringerer Quantität bei. Vergleichen wir nun die Wirkung des Wannenbades mit derjenigen der wissenschaftlichen Reinigung der Hände, z. B. nach Fürbringer, so ist der kolossale Unterschied klar zu ersehen.

Die russische Badestube bietet unstreitig größere Vorzüge vom Standpunkte der Reinlichkeit. Das Waschen geschieht in derselben so zu sagen durch Stromwasser, da das schmutzige auf die Diele herabfließt und immer nur frisches, reines Wasser gebraucht wird. Außerdem wird der Körper des Badenden in der Badestube stark gerieben, eben so wie bei der Methode der wissenschaftlichen Reinigung der Hände. Nicht minder wichtig ist auch die Reihenfolge des Waschens, wobei immer von den oberen Körpertheilen angefangen wird und der Schmutz der unteren Theile auf erstere keinen Einfluss ausüben kann. Die russische Badestube besitzt somit alle Vorzüge und ihr Ebenbild, selbstverständlich nicht vollkommen, kann auch in unserem Zimmer eingerichtet werden.

Für uns Geburtshelfer aber hat das Wannenbad einen besonderen Nachtheil: die Möglichkeit des Eindringens des Badewassers in die Scheide. Ist es der Fall, so muss ja die Wanne das wesentlichste Princip der gegenwärtigen Geburtsleitung zerstören, nämlich das Streben nach idealster Reinigung des Geburtskanales. Welcher kolossale Widerspruch ist in der That einerseits in dem Streben nach idealer Reinlichkeit, nach der Methode der vollkommen-

sten Reinigung der Hände, der Instrumente und sogar der Luft, andererseits in dem Umstande, dass der erste ärztliche Eingriff während der Geburt in einigen Fällen gerade in der Einführung eines gewissen Quantums schmutzigen Wassers in die Scheide besteht. Sogar die nachfolgenden sorgfältigen Irrigationen und die Desinfektion des Geburtskanales im Allgemeinen können nicht in allen Fällen den angerichteten Schaden neutralisiren; und sind die Kräfte der Selbstvertheidigung bei der Kreißenden geschwächt, so fällt dieselbe der Erkrankung anheim.

Es muss nur bewiesen werden, dass in gewissen Fällen das Wasser wirklich in die Scheide eindringt. Erstens kann es ja a priori schon angenommen werden. In der That, bei der Lage der Schwangeren auf der Seite oder mit dem Bauche nach unten gerichtet — letztere Lage nehmen die Kreißenden, wenn sie aus der Wanne steigen, manchmal an — kann ein negativer Druck entstehen, welcher die Ansaugung des Badewassers bewirken wird. Außerdem können auch die Respirationsbewegungen das Eindringen von Wassertheilchen von außen nach innen erleichtern. Diese theoretischen Erwägungen finden ihre Bestätigung in den Vorgängen des alltäglichen Lebens. Ich habe nicht selten beobachtet, dass nach Schlammbädern der Schlamm bei den Kranken tief in die Scheide eindringt. Dasselbe haben auch andere Ärzte, welche sich mit der Schlammtherapie beschäftigten und mit denen ich darüber sprach (v. Ott, Phenomenoff, Samschin), konstatirt. Merjeewsky behauptet sogar, dass der Schlamm manchmal nicht nur in die Scheide, sondern auch in die Gebärmutter gelangt. Dieser Umstand spricht unstreitig für die Möglichkeit der Verunreinigung der Scheide.

Ich musste demnach nur noch auf experimentellem Wege den Beweis liefern, dass das Wasser in der That in die Scheide gelangt; meine Meinung wurde durch das Experiment nur bestätigt. Bei 3 Primiparen und bei 1 Multipara, bei welcher eine sehr hohe Kolpoperineorrhaphia ausgeführt war, drang das Wasser in die Scheide nicht ein, während bei einer gynäkologischen Kranken, welche aber einen kleinen Dammriss hatte — so unbedeutend, dass es nicht für nöthig gehalten wurde, denselben während einer Abrasio zuzunähen — eben so wie bei einer Multipara, bei welcher auch ein kleiner Dammriss vorhanden war, das Eindringen des Wannenwassers in die Scheide unbestreitbar bewiesen werden konnte. Bei 2 anderen Multiparen war die Reaktion so unklar, dass ich keinen positiven Schluss ziehen wollte. Diese Experimente wurden folgendermaßen ausgeführt: In eine Wanne (ca. 20 Eimer Wasser) fügte ich 30 g in etwas Wasser aufgelöstes Kali jodati und mischte gut durch. Die Kranke saß in der Wanne 30 Minuten, stieg aus derselben selbst heraus und legte sich in Rückenlage — mit den Füßen auf Taboureten — auf den Untersuchungstisch hin. Ich führte nach sorgfältiger Trocknung der äußeren Genitalien die vordere Platte des Simon'schen Speculums und eine Seitenplatte in die Scheide ein. Die Öffnung der Scheide klaffte

dadurch auf die Länge der eingeführten Specula. Ich drang darauf, ohne die Specula zu berühren, mit einem Simon'schen Ausschabungslöffel mittlerer Größe in den Scheidengrund ein und entnahm Schleimtheilchen, manchmal sogar Wasser aus den tiefen Abschnitten der Scheide. Dasselbe übertrug ich unmittelbar auf eine schon vorher präparirte reine Glasschale, in welche ich etwas Amylum und mit einem Glasstäbchen einen Tropfen Acidi nitrici fumantis brachte. War das Wasser in die Scheide eingedrungen, so musste der Schleim aus letzterer nach Beimischung von Amylum und Acid. nitr. fum. eine blaue Farbe annehmen. Eine derartige Ausführung des Experimentes konnte nur einen Fehler zu meinen Ungunsten geben. Erstens war die Lösung des Kalium jodatum eine sehr verdünnte (ca. 1 : 8533), ferner war die Möglichkeit der späteren Ausgießung der Flüssigkeit aus der Scheide bei dem Aussteigen der Kranken aus der Wanne nicht ausgeschlossen, drittens wurde der Inhalt der Scheide den tiefsten Abschnitten derselben entnommen. Und dennoch, wie gesagt, trotz aller ungünstigen Nebenumstände konnte die Verunreinigung der Scheide durch das Wannenwasser bewiesen werden.

Ich habe noch keine Zeit gehabt, weitere Experimente in dieser Richtung zu unternehmen, Experimente, welche die Bedingungen für das Eindringen des Wassers in die Scheide auseinandersetzen sollten. Kaum kann ja der Umstand bezweifelt werden, dass bei einer und derselben Frau das Eindringen des Wassers in die Scheide bei diesen Bedingungen möglich sei, bei anderen nicht. Es ist vollständig genügend, den Unterschied in den gegenseitigen Verhältnissen bei der Lage auf der Seite, mit dem Bauche nach unten, mit festen oder gespreizten Beinen, bei Brechbewegungen, bei dem Pressen, welches in der Wanne bei Kreißenden nicht selten vorkommt, sich vorzustellen. Ich will nur bemerken, dass das Eindringen des Wassers aus der Wanne in die Scheide während der Geburt von vielen Geburtshelfern zugegeben wird. Olshausen[1] betont in dem Lehrbuche von Schröder diese Möglichkeit mit allen ihren schlimmen Folgen. Er sagt nämlich, dass nur am Anfange der Geburt die Wannenbäder verordnet werden können, am Ende der Eröffnungsperiode aber wegen der Möglichkeit der Infektion der Gebärmutter durch das Eindringen des schmutzigen Badewassers dieselben verboten sind.

Während der Debatten über meinen Vortrag in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu St. Petersburg[2] hat kein Einziger die Möglichkeit eines derartigen Eindringens des Badewassers in die Scheide verneint. Umgekehrt viele Kollegen sahen dasselbe, wie natürlich.

Ist das Eindringen des Wassers in die Scheide und sogar in die Gebärmutter bei verstrichenem Muttermunde möglich, so ist es klar, dass dasselbe auch in jeder Eröffnungsstufe der Fall sein kann, da

[1] Lehrbuch d. Geburtsh. XII. Vorl. Die Diätetik der Geburt.

[2] Wratsch 1900. No. 15.

das Wasser hier nur durch den weichen Beckenboden aufgehalten wird.

Ich zog somit den Schluss, dass der Werth des Wannenbades im Sinne der Erreichung des aseptischen Zustandes der Kreißenden noch lange nicht genügend aufgeklärt ist, und dass sogar Gründe vorhanden sind, ihre schädliche Wirkung auf einige Kreißende anzunehmen. Ich beschloss daher, in dem von mir dirigirten städtischen Gebärasyle die Wannenbäder durch Abwaschungen zu ersetzen und dadurch ihre Wirkung am Krankenbette zu kontrolliren. Die Reinigungswannen wurden aus dem Gebärasyle vom 1. Januar 1899 bis zum 1. Juni 1900 vollständig verbannt. Dieselben wurden nur ausnahmsweise zu therapeutischen Zwecken (bei Krampfwehen, schwachen Wehen etc.) angewandt. Die Reinigung des Körpers der Kreißenden wurde bei dem Empfange immer in Stromwasser mit geseiftem Schwamme ausgeführt. Die Kreißende wurde zu diesem Zwecke in die Wanne auf ein speciell eingerichtetes Tabouret gesetzt, welches der Lage der äußeren Genitalien entsprechend einen Ausschnitt besaß. Die Kranke wusch sich mit Ausnahme des Kopfes theils selbst, theils mit Hilfe der Wärterin und wurde nachher in den Gebärsaal übergeführt. Derartige primitive Einrichtungen können selbstverständlich nur in Anstalten gestattet werden, welche sehr kleine Mittel besitzen (die Mittel der städtischen Gebärasyle sind sehr begrenzt), aber andererseits gerade in dieser Einfachheit sehe ich einen höchst wichtigen Vortheil: dieselben können auch in den ärmsten und abgelegensten Gegenden errichtet werden, in welchen Wannen schon einen Luxus vorstellen. Ich muss noch den Umstand betonen, dass die Anzahl der Kreißenden, welche dem beschriebenen Abwaschen unterworfen wurden, viel größer war, als in früheren Jahren bei dem Wannensystem. Bei breit geöffnetem Muttermunde stellen ja die Wannen besonders bei Mehrgebärenden noch die Gefahr vor, dass im Falle von Sturzgeburten das Ertrinken des Kindes möglich ist; daher wurde in diesen Fällen keine Wanne verordnet. Das Abwaschen aber, welches dieser Gefahr nicht aussetzt, wurde viel öfter angewandt.

Der Erfolg war höchst günstig. Auf 759 Kreißende, welche in den Jahren 1899 und 1900 (bis zum 1. Juni) entbunden wurden, kam kein einziger Todesfall von einer Puerperalerkrankung vor. Die Anzahl der Erkrankungen selbst verminderte sich, trotz der kolossalen Anhäufung der Kreißenden, so dass im Asyle (mit 2 Zimmern mäßiger Größe für die Wöchnerinnen mit einer Diele 17,6 Quadratfaden groß und einem Kubikinhalt der Luft von 21,2 Faden), welcher für den Empfang von in Maximum 300 Kreißenden bestimmt war, im letzten Jahre 528 Frauen aufgenommen wurden. Nicht selten lagen 14—15 Frauen, wobei dieselben dann im Gebärsaale und in dem Empfangszimmer untergebracht wurden; es kamen auch Fälle vor, wo die frisch angekommenen Kranken auf einer Matratze direkt auf die Diele gelegt werden mussten. Das Maximum der Kreißenden in den früheren Jahren war 427 im Jahre 1898. Ungeachtet dessen

war, wie gesagt, die Anzahl der Erkrankten nach der Ersetzung der Wannen durch Abwaschungen nicht größer, sondern im Gegentheil geringer. Von den 759 Wöchnerinnen trat eine Temperaturerhöhung über 38,0° nur bei 85, d. h. bei 11,1% ein; aus dieser Anzahl wurden 15 entweder in erkranktem oder in einem für die schon stattgehabte Infektion verdächtigen Zustande (subfebrile Temperatur etc.) in das Asyl aufgenommen. Von den 85 Erkrankten haben 60 (7,9%) eine 1tägige, 13 (1,7%) eine 2tägige und 12 (1,5%) eine 3- und mehrtägige Temperaturerhöhung gezeigt. Sichtbare Symptome einer puerperalen Infektion hatten 17 (2,2%) Wöchnerinnen: Entzündung der Tube 1 (die Kranke trat mit einer Gonorrhoea ein), Endometritis 4, Pyämie (auswärtiger Fall) 1 (wurde in das städtische Obuchowhospital übergeführt, wo sie genas), Erkrankung der Brüste 4, blutiger Durchfall und Phlegmasia alba dolens 1, puerperales Geschwür 1, Retention der Eihäute mit deren Zerfall 5.

Die übrigen fieberten ohne lokale Symptome (53) oder wegen zufälliger Komplikationen, wie Typhus abdominalis, Pleuritis, Pneumonia crouposa, Eclampsia, Erkrankung des Darmkanales etc. Daher muss man die Resultate als sehr günstig betrachten, um so mehr, da alle Kranken mit den Symptomen einer puerperalen Infektion wiederhergestellt wurden, wobei die meisten Erkrankungen sehr leicht waren, die schwereren Fälle aber schon inficirt in das Asyl eintraten. Es ist wohl wahr, dass in dem Asyle auch in den früheren Jahren wenig Erkrankungen vorkamen, dennoch aber mehr als in den letzten 1½ Jahren, trotz der geringeren Anhäufung der Kreißenden. Ich habe, vom Jahre 1890 angefangen, alle Erkrankungen der Wöchnerinnen aufmerksam studirt und kam zu dem Schlusse, dass in den letzten 1½ Jahren das Puerperium viel normaler und günstiger verläuft. Ich will hier keine Details anführen und werde mich nur auf allgemeine Angaben beschränken, welche auch die fast stabile Anzahl der Erkrankungen im Asyle beweisen werden.

So wurden z. B. im Jahre 1890 291 Kreißende aufgenommen; es fieberten 48 (16,5%), aus welcher Anzahl 12 schon inficirt eintraten. 27 hatten eine 1tägige, 10 eine 2tägige, 11 eine 3- und mehrtägige Temperaturerhöhung. Im Jahre 1891 fieberten von 295 Wöchnerinnen 50 (16,9%); 15 waren schon früher inficirt, und 35 erkrankten im Asyle; bei 27 war eine 1tägige, bei 13 eine 2tägige, bei 10 eine 3- und mehrtägige Temperaturerhöhung. Im Jahre 1892 fieberten von 335 Wöchnerinnen 52 (15,5%); 13 von ihnen waren schon erkrankt eingetreten, 39 erkrankten im Asyle; 40 fieberten 1 Tag, 3 — 2 Tage, 9 — 3 Tage und mehr. Von 317 Wöchnerinnen des Jahres 1893 fieberten 65 (20,5%), von denen 13 schon erkrankt aufgenommen wurden; bei 44 hielt das Fieber 1 Tag, bei 10 — 2 Tage, bei 11 — 3 Tage und mehr an. Im Jahre 1894 war die Anzahl der Fiebernden 65 (17,4%) auf 372 Wöchnerinnen; 25 von denselben waren schon früher inficirt, 40 erkrankten im Asyle; bei 41 war eine 1tägige, bei 9 eine

2tägige, bei 15 eine 3- und mehrtägige Temperaturerhöhung. Von 374 Wöchnerinnen des Jahres 1895 fieberten 70 (18,7%), von denen 16 in erkranktem Zustande eintraten; 34 fieberten 1 Tag, 25 — 2 Tage, 11 — 3 Tage und mehr. Im Jahre 1896 fieberten auf 418 Wöchnerinnen 75 (17,9%); 17 wurden schon inficirt zugeführt; 44 fieberten 1 Tag, 10 — 2 Tage, 21 — 3 Tage und mehr. Im Jahre 1897 war die Anzahl der Fiebernden 69 (18,2%) auf 379 Wöchnerinnen; 22 traten in erkranktem Zustande schon ein; 35 fieberten 1 Tag, 17 — 2 Tage, 17 — 3 Tage und mehr. Von 428 Wöchnerinnen des Jahres 1898 fieberten 71 (18,9%); 28 waren schon vor dem Eintritte erkrankt; 48 hatten eine 1tägige, 16 eine 2tägige, 17 eine 3- und mehrtägige Temperaturerhöhung. Es fieberten somit vom Jahre 1890—98 (inklusive) von 3209 Wöchnerinnen 575 (17,9%); aus dieser Anzahl traten 161 (5,0%) in verdächtigem oder erkranktem Zustande ein, und 414 (12,9%) erkrankten im Asyle; 340 (10,6%) fieberten 1 Tag, 113 (3,5%) — 2 Tage, 122 (3,8%) — 3 Tage und mehr. Im Jahre 1899 und in den ersten 5 Monaten des Jahres 1900 fieberten von 759 Wöchnerinnen 85 (11,1%); aus dieser Anzahl waren 19 (2,5%) in erkranktem Zustande zugeführt, und 66 (8,6%) erkrankten im Asyle; 60 (7,9%) fieberten 1 Tag, 13 (1,7%) — 2 Tage, 12 (1,5%) — 3 Tage und mehr.

Man kann bei der Betrachtung der angeführten Zahlen bemerken, dass die vermehrte Aufnahme im Allgemeinen ungünstig auf den Zustand der Wöchnerinnen einwirkte: mit der größeren Anhäufung Letzterer ging auch die Vermehrung der Fiebernden — selbstverständlich mit den unvermeidlichen Schwankungen — Hand in Hand, trotzdem der Tag der Entlassung der Wöchnerinnen aus dem Asyle desto früher eintrat, je größer der Eintritt war. Ich habe schon früher darauf hingewiesen, dass das Lokal des Asyls vollständig ungenügend sei; es blieb die ganze Zeit dasselbe, und die vermehrte Aufnahme der Kreißenden war nur durch eine Verkürzung der Zeit ihres Aufenthaltes daselbst möglich. Daher wurden in den Jahren 1890—93 die normalen Wöchnerinnen als Regel am 9. Tage, in den Jahren 1894 und 1897 am 8. Tage, in den Jahren 1896 und 1898 am 7. Tage, in den Jahren 1899 und 1900 schon am 6. Tage nach der Geburt entlassen. Es ist wichtig, den Umstand zu betonen, dass der verkürzte Aufenthalt der Wöchnerinnen in den früheren Jahren keinen Einfluss auf die Anzahl der Erkrankungen ausübte. Es beweist in einem gewissen Grade, dass der Schaden der Anhäufung durch die frühere Entlassung nicht beseitigt wird. Anders gestaltet es sich in den Jahren 1899 und 1900. Um den möglichen Vorwurf zu beseitigen, dass nämlich die Verminderung der Erkrankungen durch letzteren Umstand verursacht wird, habe ich neue Berechnungen unternommen und alle diejenigen Kranken gesondert, bei welchen nur nach dem 6. Tage eine Temperaturerhöhung eingetreten war. Ihre Anzahl war 71; ziehen wir diese Zahl von der Summe (575) der Erkrankten ab, so bleibt ihre Anzahl 504, d. h. 15,7% aller Wöchnerinnen. Der Procentsatz der Fiebernden ist demnach trotz der Anhäufung der

Kreißenden im Asyle in dem Jahre 1899 und in den 5 ersten Monaten des Jahres 1900 ein viel geringerer, als in den früheren Jahren.

Ich habe auch den Versuch gemacht, die Ursache der Verminderung der Erkrankungen auf andere Veränderungen in dem Betriebe des Asyls zurückzuführen. Man kann in dieser Hinsicht auf 2 Umstände hinweisen: 1) die Gründung der Stelle einer 3. Hebamme; das geschah aber schon im Februar des Jahres 1898, hat aber in diesem Jahre auf die uns interessirende Frage keinen Einfluss gehabt; 2) die Gründung der Stelle einer neuen Wärterin, was aber nur im Mai 1899 der Fall war, als also die neue Ordnung schon 4 Monate eingeführt war.

Man kann aus dem Vergleiche der Zeit der mehr oder weniger wichtigen Veränderungen in dem Betriebe des Asyls mit der Zeit der sichtbaren Verminderung der Anzahl der Erkrankungen ersehen, dass letztere am meisten gerade mit der Ersetzung der Wannenbäder durch die Abwaschungen zusammenfällt, obgleich ich von dem Gedanken weit entfernt bin, die ganze Verminderung ausschließlich derselben zuzuschreiben. Selbstverständlich konnten auch andere Umstände eine gewisse Rolle spielen.

Die von mir angeführten Beobachtungen am Krankenbette haben meiner Meinung nach einen großen Werth. Dieselben stellen 1. ein gewisses Interesse für den Untersucher schon aus dem Grunde vor, dass eine verhältnismäßig große Anzahl von Geburten (759) principiell mit Beseitigung derjenigen Maßnahmen durchgeführt wurde, welche von jeher als eine höchst wichtige betrachtet wurde (ohne Wannen). Ich kenne in der Litteratur keine einzige Arbeit über eine derartige systematische Verbannung der Wannen, eben so wenig eine Statistik über die Anzahl der Erkrankungen in einer und derselben Anstalt mit Anwendung der Wannen und ohne dieselben nur mit Abwaschungen. Wenn wir noch im Auge behalten, dass nur eine höchst geringe Anzahl der Bevölkerung in unserem weiten Vaterlande die Wannen benutzt, so hat schon desshalb ein derartiges Experiment einen großen praktischen Werth.

Das Experiment nimmt an Interesse noch dadurch zu, dass die Resultate de facto nicht schlimmer sind, sondern sogar besser als mit Anwendung der Wannenbäder, welche von allen Geburtshelfern empfohlen werden. Die Wannenbäder erscheinen schon auf Grund nur theoretischer Betrachtungen, theils auch auf Grund von Beobachtungen und Experimenten, bei Weitem nicht vollkommen und ideal im Sinne der Aseptik. Das also, was als Axiom gehalten wurde — die Nothwendigkeit der Wannenbäder für die Kreißende — ist durch die von mir angeführten Erwägungen und Thatsachen in höchstem Maße untergraben, und die Zerstörung falscher Axiome ist schon ein Schritt vorwärts. Daher kann ich auch denjenigen Kollegen nicht beistimmen, welche in den Debatten über meinen Vortrag in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu St. Petersburg den von mir aus dem Gebärasyle angeführten Beobachtungen keinen

Werth beilegen. Der erste unbestreitbare Schluss, welcher aus denselben gezogen werden kann, ist der, dass man auch ohne Wannenbäder sehr günstige Resultate hinsichtlich der puerperalen Erkrankungen erzielen kann. Die zweite Folgerung — der Einfluss der Wannenbäder auf die Kreißenden, ist bis jetzt noch nicht genügend untersucht. Ich bin weit davon entfernt, die Frage über die Anwendung der Wannen während der Geburt als gelöst zu betrachten. Umgekehrt halte ich dieselbe nur als auf die Tagesordnung gestellt. Weitere klinische Beobachtungen und Experimente sind unbedingt nothwendig, letztere besonders vom Standpunkte des Eindringens des Wassers aus dei Wanne in die Scheide. Dieselben werden auch von mir in breiteren Dimensionen in dem Kaiserlichen Klinischen Institute für Geburtshilfe und Gynäkologie ausgeführt, wo vom 20. Januar d. J. die Wannenbäder durch Abwaschungen der Kreißenden unter der Dusche ersetzt sind. Aber das schon Erzielte ist meiner Meinung nach sehr interessant und neu, so dass es die Aufmerksamkeit einer Anzahl Kollegen auf sich lenken wird, und viribus unitis können wir eher zur Lösung der Frage gelangen.

Kaum sind Gründe vorhanden, der von mir bei diesen Experimenten angewandten Methode zu entsagen, da die Bestimmung des Jodkalium nach derjenigen Methode ausgeführt wurde, welche als einzige für seine Bestimmung in dem Speichel vom Prof. Sahli empfohlen wird. Man kann auch nicht zugeben, dass der $^1/_2$stündige Aufenthalt der Kreißenden in der Wanne zum Übergange des Jodkalium aus dem Blute in die Scheide führen könnte, da 1. demselben die Experimente mit den Erstgebärenden widersprechen, und da 2. in der Scheide fast keine Drüsen existiren; der unbewiesene Übergang aus den uterinen Drüsen, sollte derselbe auch erfolgen, würde selbstverständlich mehr als $^1/_2$ Stunde in Anspruch nehmen.

Aus meinen Beobachtungen und Untersuchungen folgt schon die geringere Gefahr der Wannenbäder für die Erstgebärenden im Vergleiche mit den Mehrgebärenden. Daher taucht auch der Gedanke über eine kombinirte Anwendung beider Methoden der Reinigung des Körpers der Kreißenden auf.

Ich will hier nochmals auf den Vortheil der Abwaschungen der Kreißenden hinweisen, dass sie nämlich in den späteren Stadien der Geburt angewandt werden können, wenn Wannenbäder das Kind schon einer gewissen Gefahr aussetzen. Damit erweitere ich nur ihre Anwendung für die vollere Durchführung der Principien der Asepsis. Leider sieht man in der Praxis gewöhnlich eine Geringschätzung dieser Art der Erreichung der Körperreinigung der Kreißenden, was selbstverständlich auch auf den Verlauf des Puerperiums nicht ohne Einfluss bleibt.

Ich ziehe daher auf Grund alles oben Angeführten folgende Schlüsse:

1) Der Werth der Reinigungswanne für die Kreißende ist noch nicht genügend aufgeklärt.

2) Das Wasser des Wannenbades enthält immer verdünnten Schmutz von dem Körper des Badenden und nicht selten Theilchen flüssiger und fester Exkremente desselben.

3) Das Wasser der Wanne spült bei den Badenden von den Körpertheilen, welche von Wunden, Geschwüren etc. bedeckt sind, höchst gefährliche Streptokokken und Staphylokokken ab und überträgt dieselben auf andere Körpertheile.

4) Die Wannen müssen, bei der gewöhnlichen Art ihrer Reinigung, vom Standpunkte des Bakteriologen Schmutztheilchen von den früheren Bädern enthalten.

5) Auf Grund der angeführten Punkte ist das Waschen in der Wanne gar nicht vollkommen.

6) Die in der Wanne enthaltenen Infektionskeime gelangen aut die Brustwarzen, den gewöhnlichsten Weg bei dem Eindringen der Infektion in den Körper der Kreißenden.

7) In einzelnen Fällen dringt das Wasser aus der Wanne in die Scheide der Schwangeren und Kreißenden ein, wodurch die Principien der Aseptik und Antiseptik verletzt werden.

8) Die Ersetzung der Reinigungswannen durch die Badestube oder sogar durch eine Abwaschung mit Seife bei ununterbrochener Begießung mit Wasser reinigt die Haut in vollständigerer Weise, vermindert die Möglichkeit des Eindringens der Infektion in die Gegend der Brustwarzen und in die Scheide und muss dadurch die Anzahl der puerperalen Erkrankungen wenigstens bei Mehrgebärenden reduciren.

9) Die Ersetzung der Wannenbäder durch Abwaschung in dem von mir dirigirten Asyle in dem Zeitraume vom 1. Januar 1899 bis 6. Juni 1900 bei 759 Geburten wurde von einer Verminderung der Anzahl der Erkrankungen der Wöchnerinnen auf 7,4% im Vergleiche mit den 2 früheren Jahren (807 Geburten) begleitet.

II.

Zur Frage der Heilungsvorgänge bei tuberkulöser Peritonitis nach Bauchschnitt mit oder ohne weitere Eingriffe.

Von

A. O. Lindfors, Upsala.

Im Anschlusse an eine kasuistische Mittheilung in diesem Centralblatte, — Jahrgang 1900, No. 41 —, wo ich einen »Fall von atrophisirender Gefäßunterbindung bei einer wahrscheinlich tuberkulösen Salpingitis bilateralis wegen Unmöglichkeit der Exstirpation« referirte,

hat Herr Max Nassauer in No. 50 desselben Blattes seine Ansichten über die Heilung der Bauchfelltuberkulose nach Laparotomien veröffentlicht. In Folge dessen möchte ich hier einige Worte sagen; da ich aber kein Freund von Journalpolemik bin und auch als Fremder die Schattirungen der Sprache nicht beherrsche, begnüge ich mich mit einer kurzen Präcisirung meiner Auffassung in dieser Frage.

Für Herrn Nassauer existirt keine Dunkelheit mehr in diesem schwierigen Thema, seitdem er »an der Hand eines genau beobachteten Falles die Hypothese hat aufstellen können, dass das heilende Moment der Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis ganz einfach die eben durch den Bauchschnitt bewirkte immense Blutzufuhr, die Nutritionsvermehrung ist«. (Siehe Münchner med. Wochenschrift 1898.) Diese Hypothese ist zwar länger bekannt durch die Arbeiten des Russen Warnek[1], der Italiener Gatti[2] und D'Urso[3] und des Schweden Gustaf Naumann[4]; aber, so viel ich weiß, ist von Niemand außer Herrn Nassauer die reaktive Hyperämie und seröse Durchtränkung der Gewebe als einziger Heilfaktor proklamirt. Wie die meisten Anderen, die etwas umfassendere Erfahrungen über die Bauchfelltuberkulose erworben haben, muss ich doch zugeben, dass die Heilungsvorgänge nach Laparotomie und ihre Ursachen in den feineren Details noch unbekannt sind; und ich kann nicht der immensen reaktiven Blutzufuhr, wie bedeutend ich auch diesen Faktor ansehe, die einzige Rolle bei der Heilung zuschreiben. Andere wichtige Momente sind mit in Rechnung zu ziehen, und von diesen sind nach meiner Überzeugung die regressiven Veränderungen der Bacillen selbst und der tuberkulösen Herde, der angegriffenen Gewebe, die den Nährboden für die Bacillen abgeben, besonders zu beachten.

Die Amerikaner Cabot[5] (1888) und Osler[6] (1890) begannen zuerst einige kurze Andeutungen über diese regressiven Veränderungen mitzutheilen, einige neuere Forscher, wie z. B. die Experimentatoren Gatti[7] und Hildebrandt[8] und der Kliniker Wunderlich[9], gehen näher auf diese sehr mannigfachen Veränderungen ein; ich glaube jedoch kaum, dass diese histologischen Entdeckungen eine hinreichende Würdigung erhalten haben, noch weniger hat man praktische Konsequenzen und therapeutische Verwerthungen davon hergeleitet. Gatti und Hildebrandt wollen dem Bauchschnitte erst

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1893. No. 50.
[2] Riforma medica 1894 und Archiv für klin. Chirurgie 1896. Bd. LIII.
[3] Congresso Societ. ital. di Chirurgia 1895. Ottobre; Policlinico 1896. 1. Mai.
[4] Nord. Chir. Fören. förhandl. 1895; Nord. med. Arch. 1896. No. 24.
[5] Boston med. and surg. journal Bd. CXIX.
[6] John Hopkins Hospital reports Bd. II.
[7] l. c.
[8] Münchener med. Wochenschrift 1898. p. 1635 oder 1667.
[9] Archiv für Gynäkologie 1899. Bd. LIX.

dann eine günstige Wirkung zusprechen, wenn durch die natürlichen Lebensbedingungen, unter denen die Bacillen stehen, Rückbildungsprocesse schon eingeleitet sind; und sie fassen diese passiven Rückbildungsprocesse als vorausgehend der aktiven Reaktionshyperämie, serösen Durchtränkung und Rundzelleninvasion der Herde auf, die auf die Laparotomie folgen. Diese so zu sagen »gutartigen« Rückbildungsprocesse sind: Körniger Zerfall der Bacillen; Fettwandlung, Verkalkung, Pigmentbildung, cystöse Degeneration resp. hydropische Entartung der epitheloiden Zellen und eine passive fibröse Degeneration und Kapselbildung der Tuberkelknötchen.

Es giebt ja auch einen »bösartigen« Rückbildungsprocess, der als käsiger Zerfall, Nekrose und zuweilen Eiterbildung auftritt. Bei diesem hilft weder der Naturheilungsversuch noch die einfache Laparotomie mit ihrer Hyperämie. Nur in sehr seltenen Fällen von solchen bösartigen tuberkulösen Peritonitiden ist nach energischem Eingriffe, Exstirpation der schmelzenden Herde, Ausspülung und Drainage der Bauchhöhle etc., eine Heilung schließlich erreicht worden. Ich habe selbst einen zu dieser Kategorie gehörenden Fall von tuberkulösem Omentalabscess mit großen Schwierigkeiten zur vollkommenen Heilung — jetzt 3 Jahre bestehend — gebracht[10].

Wenn diese Auffassung von der Bedeutung der Rückbildungsprocesse wahr ist, so muss man zunächst sich fragen: Kann man etwas thun, um diese spontanen Naturprocesse zu befördern und zu beschleunigen?

Für mich scheint es möglich und wahrscheinlich, dass man durch lokale Nutritionsverminderung in größeren oder ursprünglichen Herdgebieten Solches erreichen kann.

Für das beste Mittel, um diesen Zweck zu befördern, halte ich die Exstirpation des Herdes, wenn dies thunlich ist; dadurch wird nicht nur die »Materia peccans« weggenommen, sondern auch lokal auf das Nachbargebiet durch Gefäßverödung, Thrombosen etc. in nutritionsvermindernder Richtung eine Wirkung ausgeübt. Wenn aber eine Exstirpation aus einigen Gründen nicht möglich ist, dann kann die einfache atrophisirende Gefäßunterbindung — doch nicht bis zum nekrotisirenden Effekt getrieben — ein, wenn auch unvollständiger, Ersatz der Organexstirpation werden.

Der Gedanke ist zu diskutiren, event. experimentell und klinisch in passenden Fällen zu prüfen.

Erlauben Sie mir zum Schlusse noch einen eigenthümlichen klinischen Befund referiren zu dürfen, den ich neuerdings und nach Absendung meiner vorigen kasuistischen Mittheilung gesehen habe, und der vielleicht eine kleine Stütze für meine Ansichten abgeben könne.

Fall von Kystoma ovarii dextri und Peritonitis tuberculosa cum Ascitide. Eigene Observation.

---

[10] Siehe d. schwed. Zeitschrift Eira 1900. September 15.

Anna E., 52jährige Jungfer, taubstumm; am 16. Oktober unter No. 115 des gynäkol. Journals für 1900 aufgenommen. (Fragen und Antworten durch Schreibtafel oder Dolmetscher vermittelt.)

Menses seit 2 Jahren weggeblieben; eine Zeit lang Spannungen und Schmerzen im Leibe; Akutisirung der Krankheit Juli 1900, der Leib in den letzten Monaten enorm angeschwollen, die Schmerzen und die Kräfteabnahme sehr vermehrt; subfebrile Temperatur; keine Albuminurie, an Herz und Lungen nichts Auffallendes. Umfang des Leibes 90 cm, deutliche Undulation, frei bewegliche Flüssigkeit im Bauche. Uterus von gewöhnlicher Größe, anteflektirt, nach rechts und hinten eine kindskopfgroße Geschwulst (Ovarium und Tube), links Ovarium und Tube nicht vergrößert.

Klinische Diagnose: Tumor ovarii dextri und Ascites.

Am 18. Oktober Laparotomie, Assistent Dr. E. Larson. Anfangs kleine Incision (später vergrößert), Ausfluss von 9—10 Liter hellgelber Flüssigkeit, die zum Schlusse etwas röthlich und trüb aussah. Peritoneum parietale sehr verdickt, mit Knötchen übersäet, die Därme injicirt, auch von miliaren Knötchen besetzt; eben so die rechte Tube, die mit dem Ovarialtumor durch schwielige Adhäsion verwachsen war. Das linke Ovarium klein, atrophisch, die linke Tube blass, schmal, ohne Adhäsion und ohne Tuberkeleruption. Das rechte Ovarium mit Tube wurde herausgeschält und exstirpirt.

Die linken Adnexe wurden unberührt gelassen. Schließung der Bauchwand, ungestörte Rekonvalescenz, Pat. am 17. November entlassen, keine Wiederansammlung von Flüssigkeit bemerkbar; seitdem habe ich nichts von ihr gehört. Der Fall hat ein specielles Interesse für die Frage von der Bedeutung einer Gewebsatrophie bei Tuberkulose gerade durch diese Verschiedenheit in dem Befunde der beiden Adnexe.

Es war ein freier Ascites, die Flüssigkeit muss auch die linke Tube umspült haben; wie die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab, war nur die Serosa der rechten Adnexe angegriffen, die Tuberkulose stammte also nicht von der rechten Tube. Warum war die Serosa der rechten Tube von Tuberkeln übersäet, die linke gar nicht angegriffen?

Ich weiß keine andere Antwort darauf als diese: weil die Menopause ihre atrophisirende Einwirkung auf die linken Adnexe ungestört ausgeübt hatte, die rechten Adnexe dagegen durch den Reiz des wachsenden Kystoms noch eine unverminderte Nutrition genießen.

Der pathologische Befund ergab: Kystoma ovarii dextri glandulare, Salpingitis interstitialis dextra, tuberkulöse Bildungen nur in den Knötchen der Tubenserosa und auch da spärlich; keine Bacillen.

Wenn eine natürliche Atrophisirung der Gewebe, durch die Menopause hervorgerufen, hier einen lokalen Schutz gegen (oder eine Beschleunigung der lokalen Heilung nach) Tuberkulose bereitet hatte, warum sollte nicht eine künstlich herbeigeführte Atrophisirung einen Antheil an der günstigen Wirkung einer Laparotomie auch haben können?

Und hiermit ist für mich die Diskussion abgeschlossen.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 14. December 1900.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Gebhard.

Herr P. Strassmann hält den angekündigten Vortrag über: »Placenta praevia«. (Ausführl. Veröffentlichung mit Abbildungen im Arch. f. Gynäkologie.)

1) Anatomischer und theoretischer Theil:

Als Grundlage seiner Untersuchungen sind die während seiner 8jährigen Assistententhätigkeit an der Frauenklinik und Poliklinik der Kgl. Charité (Geh. Rath Gusserow) beobachteten und gesammelten Placentae praeviae genommen. Unter 3085 poliklinischen Geburten hat Vortr. Placenta praevia totalis 26, partialis 51, marginalis 24mal behandelt.

Die Morphologie und die Angiologie der Placenta praevia wurde hauptsächlich studirt und ihre Ergebnisse für die Frage der Entwicklung dieser Anomalie verwerthet. Bei der Heterotopie von Chorionzotten im unteren Uterusabschnitte kommen neben rein klinischen und anatomischen Gesichtspunkten entwicklungsmechanische Vorstellungen zur Geltung. Besonders werden die Ausführungen von Roux, Thoma, Schatz etc. herangezogen.

Die Eiansiedelung als aktiver Vorgang steht in Beziehung zu dem Nährboden. Prädilektionsstellen — mit deutlich anatomisch stärkerer Funktion — sind beim Menschen vordere und hintere Corpusmitte. Das Ei, das dort angesiedelt, nicht mehr genügende Ernährung findet, oder das Ei, das sich schon primär tief einnistet, wird Ersatz zu suchen haben. Gleiches gilt für Kanteneier, Uterus unicornis (Polaillon) etc. Die Gesammtheit der Vorgänge bei der Zottenausbreitung fasst Vortr. als Trophotropismus der Zotten zusammen.

Die besondere Benutzung der Reflexa gerade bei Placenta praevia zur ursächlichen Erklärung hält S. nicht für erwiesen. Bei kranker Basalis ist die Capsularis — nach Minot eine schon im 2. Monate degenerirende Bildung — als besonders guter Nährboden nicht aufzufassen.

Cervixentfaltung hat S. klinisch nur als Folge von Wehen beobachten können. Ein besonderes unteres Uterussegment wird nach klinischen Beobachtungen so wie nach Obduktionsbefunden anerkannt. Es zeichnet sich schon durch seine besonderen Eigenschaften bei der Eibergung aus. Im Übrigen schließt sich S. ungefähr der Ansicht von v. Franqué an, mit der von Küstner erörterten Veränderung der Schleimhaut Mehrgebärender an dieser Stelle. Heterotopisches Ausstrecken (Descendiren) von Chorionzotten bis in die Cervix muss aber zugegeben werden (vgl. v. Weiss, Ponfick's eines Präparat, Hallenser Fall).

Skioptische Demonstration zahlreicher Abbildungen von Placentae praeviae und deren farbigen Gefäßsystemen. Die Glasbilder sind nach den vom Vortr. gezeichneten frischen Präparaten von Frl. P. Günther verkleinert gemalt.

Bei Berücksichtigung des Situs der Kuchen im Uterus wurde der Untersuchungsbefund während der Geburt oder der Operation bezw. im Einzelnen auch post partum mit herbeigezogen. S. schließt sich großentheils der Schatz'schen Eintheilung an. Demonstration sekundärer Präviabildung durch primäre Hypertrophie bei hoher Eiansiedelung. Descendirende Zotten und Gefäßausbreitung. — Präviabildung durch Circumvallation und Margobildung. Primäre Präviabildung, tiefe Ansiedelung. Ascendirende Gefäßentwicklung, tiefe Insertion der Nabelschnur. Uteruseckenplacenta mit und ohne Margobildung. — Kantenplacenta, Nieren-, Gürtelform, zonirende Gefäßentwicklung. Plac. praevia zonalis interna (Gefäßgürtel), wahre Gürtelform kommt beim Menschen nicht vor. — Entstehung der Plac. praevia accessoria (succenturiata), Plac. praevia duplex, Plac. praevia-Bildung bei tiefem alten Cervixrisse (Küstner's Dislokation von Corpusschleimhaut). — Insertio funiculi umbilic. praevia, polykotyledone Plac. praevia, Plac. praevia membranacea. Erörterung der Beziehungen des Gefäßverlaufes zur Prognose für das Kind. Erklärung der einzelnen Formen als Produkte des Kampfes um die Nahrung und den Raum bei abnormem Nährboden (Inkongruenz von Alter und Geburtsziffer, alte Iparae, junge Vielgebärende, — schnelle Konceptionen, voraufgehende Zwillinge, Erschöpfung des Nährbodens durch gesteigerte Inanspruchnahme — Endometritis, krankhafte Veränderung des Endometrium) oder bei Einwirkung abnormer Raumverhältnisse (Kanten, Ecken, röhrenförmiger unterer Uterusabschnitt etc.). Als mechanische Effekte werden Atrophien der vorliegenden Stellen, Ausbiegen der Gefäße um das Kanallumen erörtert.

Demonstration skioptischer Parallelen aus Hyrtl, v. Weiss. Die Ähnlichkeit einzelner Formen mit thierischen Zottenbildungen wird an Präparaten nach O. Schultze, Selenka und an Diapositiven aus dem anatom.-biologischen Institute (Geh. Rath Hertwig) erläutert. Hervorgehoben wird, dass bei der Kuh — einem indeciduaten Säugethier, selbstverständlich auch ohne Reflexa Prävia-Zotten vorkommen. — Der Atavismus als Erklärung dieser äußeren Ähnlichkeiten der Placentarformen wird abgelehnt, vielmehr die Entstehung auf funktionelle Anpassung zurückzuführen gesucht.

Vortr. erkennt nach seinen Präparaten die nicht für alle Fälle, aber doch für die meisten nothwendige Eiansiedelung am inneren Muttermunde an, hält auch durch die sich hier abspielenden histologischen Vorgänge einen Verschluss des Lumens (Hunter, Ahlfeld; v. Herff) wohl für möglich. Spaltung der Schleimhaut giebt auch für die Zotten der Plac. praevia die gangbarste Erklärung ihrer Einwurzelung. Die Nabelschnurinsertion hat ätiologisch mit Plac. praevia nichts zu thun. Sie ist mit der Eiansiedelung, jedenfalls mit der der Anlage des Embryo auch fest bestimmt. Die Insertion ist die Stelle erster Zottenvaskularisation, ihre Beziehung zur Placenta wird bestimmt durch trophotropisches aktives Fortrücken der Zotten, Atrophie an der Insertionsstelle und passive Dehnung des Eies. (Erklärung der Insertio velamentosa.)

Die häufigen abnormen Formen sind funktionelle Anpassungen an abnormen Nährboden und abnormen Brutraum. Ähnlichkeiten mit thierischen Formen sind vom Konto der Erblichkeit abzusetzen.

Die großen fötalen Gefäßbahnen, die durch Auswahl der in Bezug auf Nahrung und Raum günstigst gelegenen Wege aus dem primären Kapillarnetze entstanden sind, lassen den Weg der Entwicklung, gerade bei der Plac. praevia wohl erkennen. Nur durch ihre lokalen Beziehungen zur Uteruswand unterscheidet sich die Plac. praevia von anderen; von den Grundregeln menschlicher Zottenentwicklung bietet sie nichts Abweichendes.

2) Klinischer und praktischer Theil:

Die auf Anregung des Vortr. in der Dissertation von Schoenewald (1897) niedergelegte Statistik über Plac. praevia wurde bis 1900 weitergeführt.

Es werden zunächst die Zahlen- und Procentverhältnisse der verschiedenen Formen (totalis, partialis, marginalis) besprochen.

Die in der Minderzahl befindlichen Iparae sind noch am meisten bei der marginalis betheiligt, die Multiparen bei der totalis.

Zunahme der Plac. praevia bei hoher Geburtsziffer. Durchschnittsalter 32,9 Jahr mit 6,38 Partus, der Grund, warum Plac. praevia in der Privatpraxis so selten ist. Häufigkeit voraufgehender Aborte (45 bei 77 Frauen, 4mal schloss sich Plac. praevia unmittelbar an den Abort an). — Tiefe Ansiedelung ist vielleicht öfters Ursache für Aborte.

Schnelle Konceptionen, 3mal bei Nährenden.

2 Fälle von Plac. praevia nach voraufgegangener Tubarschwangerschaft.

Zwillinge und Plac. praevia sind selten, dagegen hatten von 77 Müttern 8 (!) vorher eine mehrfache Schwangerschaft gehabt. — 7 Recidive von Placenta praevia. Es fehlt noch eine serienweise Nachuntersuchung von Frauen, die Plac. praevia überstanden haben.

Besprechung der Prophylaxe gegen Plac. praevia. Wenn Zwillinge dagewesen sind oder gar Plac. praevia überstanden ist, hat der Arzt das Recht, vielleicht die Pflicht, seinen Rath bezüglich einer Pause bis zur nächsten Konception zu ertheilen.

Hinweis auf die Häufigkeit des Fiebers nach Tamponaden. — Vortr. hat nie tamponirt — (nach den Lehren Gusserow's). Die Tamponaden sind von Hebammen, Ärzten, Praktikanten vorher vorgenommen. Der Metreuryse hat sich S. einmal mit Erfolg bedient (bei Wunsch der Eltern nach lebendem reifen Kinde). Viel erwartet er aber nicht für die Besserung der kindlichen Mortalität. Tiefe Cervixrisse sind bei Extraktion nach Metreuryse auch beschrieben.

Empfehlung der äußeren Wendung (vgl. Baumm) auf das Beckenende vor dem Eingehen in das Ei. Bei enger Cervix und Frühgeborenen gelegentlich Benutzung der Kugelzange zur Durchleitung des Fußes.

Die Extraktion ist zu widerrathen, nur ganz ausnahmsweise erlaubt (Wunsch nach Rettung des Kindes, 1 Fall, wo der 7. Sohn erhalten werden sollte). Bei der Wendung lieber Querbett, nicht Seitenlage wegen Luftembolie. Man gelangt oft an der Stirn direkt zu den Füßen.

Die erste Blutung bei Plac. praevia ist im Allgemeinen eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

Die Kindermortalität ist beeinflusst dadurch, dass 18,2% Fehlgeburten sind und weitere 42,4% auf den 8. und 9. Monat entfallen, ferner Fötalgefäße oft zerrissen werden. Darauf sollte mehr geachtet werden. Die Durchbohrung der Placenta ist einzuschränken.

Auffallend ist, wie häufig bei Plac. praevia totalis noch der 10. Monat erreicht wird. Die Kindermortalität betrug in der Klinik 68,18%, in der Poliklinik 52,42%. Wendung mit spontanem Verlaufe giebt den ungünstigsten Verlauf (80,7%), demnächst Extraktion (52%), spontane Geburt mit Blasensprengen, äußerer Wendung, Fußanziehen 37%.

Die Mortalität der poliklinischen Mütter war 5% (1 partiale, 4 totale, keine marginale): 1 Riss, 2 Anämie, 2 Sepsis.

Häufigkeit von Cervixrissen bei Extraktionen.

Häufigkeit von Infektion bei Tamponirten.

Mortalität nach Extraktion 20%, wobei freilich mancher von vorn herein hoffnungslose Fall, bei kombinirter Wendung und Abwarten 9,6%, bei Blasensprengen, Fußanziehen etc. 1,4%.

Morbidität 18,6%, so weit poliklinisch feststellbar.

Der vorgerückten Zeit wegen wird Verschiedenes nur summarisch erwähnt.

Geburtshilfliches.

2) Commandeur (Lyon). Fünf Fälle von Zerreißungen des Durchtrittschlauches (unteres Uterinsegment, Cervix und Scheide).

(Obstétrique 1900. No. 4.)

Es werden 5 hierher gehörige Krankengeschichten detaillirt mitgetheilt; es handelt sich nur um laterale oder postero-laterale Zerreißungen.

Die Primiparité, das Alter der Primiparen, die geburtshilflichen Interventionen, das Volumen der Frucht etc. sind wichtige Faktoren bezüglich der Ätiologie von Zerreißungen des Durchtrittschlauches. — Jedes Mal, wenn man nach künstlicher Beendigung der Geburt (ganz besonders bei einer alten Erstgebärenden) nach Ausstoßung der Frucht eine Blutung konstatirt, muss man an eine Zerreißung denken und den Scheiden-Uteruskanal von der Vulva bis zum Kontraktionsringe untersuchen. Hat man einen Riss im unteren Uterinsegmente konstatirt (nicht intraperitoneal) und ist die Blutung eine starke, so muss man manuell die Placenta entfernen und manuell eine totale Tamponade ausführen. — Konstatirt man einen Riss des vaginalen Abschnittes des Collum, so spreizt man mit 2 Kugelzangen die Muttermundslippen und zieht an den Zangen. Diese Traktion bringt die Blutung gewöhnlich zum Stehen, oder modificirt dieselbe dermaßen, dass man ruhig die Austreibung der Nachgeburt abwarten kann.

Die vaginalen Zerreißungen geben nicht Anlass zu ausgedehnten Blutungen, aber dieselben sind hartnäckig und verrätherisch.

Selten wird man vor Beendigung der Nachgeburtsperiode eingreifen müssen; blutet es aber nach Beendigung derselben (während ca. 2 Stunden), so muss der Scheiden-Uteruskanal systematisch untersucht werden.

Jedes Mal, wenn man der Blutung nicht Herr wird und die Kompression der Aorta ebenfalls nicht zum Ziele führt, muss man die Placenta entfernen und eine totale Tamponade vornehmen mit Kompression des Uterus.

Was die speciellen Indikationen der Naht und der Tamponade anbelangt, so wäre Folgendes zu sagen:

Zerreißung des unteren Uterinsegmentes: Tamponade nach Dührssen.

Zerreißung des vaginalen Abschnittes des Collum: Sofortige Naht; ist dieselbe nicht ausführbar, dann cervico-vaginale Tamponade nach Tarnier.

Die Naht des Collum ist kontraindicirt, wenn zu gleicher Zeit ein Riss des unteren Uterinsegmentes besteht.

Zerreißung der Scheide:

a. unterer Abschnitt: Naht des Perineum mit tiefgreifenden Nähten, eventuell Naht der Vaginalwand;

b. oberer Abschnitt: Naht; gelingt dieselbe nicht: Tamponade nach Tarnier.

Beuttner (Genf).

3) **M. Perlsee** (Leitmeritz). Über Behandlung von zurückgebliebenen Eihautresten und Behandlung der Endometritis puerperalis.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 41.)

Während P. seine Methode Anfangs nur zögernd bekannt gab, tritt er jetzt mit Entschiedenheit für dieselbe ein. Ähnlich wie bei der Einleitung des Abortes (Centralblatt für Gynäkologie 1899 No. 38) konnte er mit der Einlegung eines Argentum nitricum-Stiftes auch bei Eiresten ohne Fäulnis, wie auch bei Endometritis puerperalis, wenn die Allgemeininfektion nicht zu weit vorgeschritten war, »ideale Erfolge« erzielen. Kein Verfahren sei für den Arzt und Pat. bequemer, sicherer und schneller ausführbar. Der Stift muss möglichst hoch deponirt werden. Auch eine schon vorhandene akute infektiöse Endometritis soll exakt beseitigt werden. Die Mittheilung ist sehr kurz gehalten. Krankengeschichten fehlen.

Piering (Prag).

4) **G. Beck** (Prag). Bericht über 100 Zangenentbindungen in der Privatpraxis.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 44.)

Mortalität der Mütter: 2% (Eklampsie, Endocarditis acuta), keine Puerperalerkrankung. Morbidität: bloß 2% (Endometritis), beide Fälle geheilt. Die Mortalität der Kinder zeigte das ebenfalls sehr günstige Ergebnis von nur 1%; innerhalb der 1. Woche starben nur 2%. In 11 Fällen wurde die hohe Breus'sche Achsenzugzange zur Anwendung gebracht, wobei die Gesammtmortalität der Kinder nur 18% betrug, darunter je 1mal mit Erfolg bei einer Vorderscheitelbeineinstellung und einer Stirnlage. Der Muttermund wurde 3mal durch Incisionen nach Dührssen, 1mal mit dem Dilatator nach Bossi erweitert. Verletzungen der Mütter 68%, darunter 3 totale Dammrisse. Die Indikationen, für deren strenge Einhaltung B. eintritt, waren: Gefahren für die Mutter 52, für das Kind 36, für beide 12 Fälle, Wehenschwäche 14, Erschöpfung durch zu lange Dauer der Geburt (»wenn die Durchtrittsperiode länger als 3 Stunden dauerte«) 28 Fälle. Endlich ist aus dem fleißigen Berichte ein günstiger Erfolg der Prochownik'schen Diätkur zu erwähnen. **Piering** (Prag).

5) **C. Prevost** (Rio de Janeiro). Trennung verwachsener Zwillinge.

(Med. record 1900. Juli 21.)

Die Zwillinge, 7 Jahre alt, waren nicht durch ein einfaches Band mit einander verwachsen, wie die Siamesischen Zwillinge, sondern ihre Brust- und Bauchhöhlen waren weit mit einander verbunden, so dass sie nur je eine Höhle darstellten. Von einem anderen Chirurgen war bereits die Trennung versucht, aber aufgegeben worden, als sich erwies, dass die beiden Lebern zu einer einzigen verwachsen waren. Dies wurde auch durch X-Strahlen nachgewiesen. Es zeigte sich ferner bei der Operation selbst, dass auch die Herzbeutel und Brustfelle verbunden waren, dass die Artt. mammariae int. durch einen starken Ast mit einander in Verbindung standen, so wie endlich, dass auch die Mesenterien durch eine Brücke zusammenhingen. Alle diese verschiedenen Verbindungen mussten einzeln durchschnitten werden, und wurde schließlich die Abtrennung beendet. Die Bauchhöhle wurde mit einer doppelten Schicht Nähte, deren eine das Bauchfell, die

andere die Haut vereinigte, geschlossen, nachdem vorher die Pleuren und Perikardien gleichfalls sorgfältig mit feinen Katgutfäden und eben so die Mesenterialwunden beiderseits genäht waren. Trotz aller auf die strengste Asepsis gerichteten Aufmerksamkeit starb doch das eine der beiden Mädchen am 7. Tage; wie die Obduktion erwies, an exsudativer Entzündung der Pleura und des Perikards. Die Leberwunde war verheilt, das Bauchfell ohne Entzündung. Die Verstorbene war diejenige der beiden Schwestern, welche bei der Operation am meisten gelitten hatte. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

6) **Davies** (Utica, New York). Schreien der Frucht im Uterus.

(Med. record 1900. August 4.)

Bei einer durch Unnachgiebigkeit des Muttermundes stark verzögerten Geburt will D. mehrmals deutliche Schreie der Frucht gehört haben, welche auch von der übrigen Umgebung deutlich vernommen wurden. Die ersten Schreie wurden ausgestoßen, als D. vergeblich die Zange anzulegen versuchte. Schließlich wurde das Kind asphyktisch durch Wendung entwickelt und nach kurzer künstlicher Athmung zum Leben und Schreien gebracht. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

7) **Edebohls** (New York). Wandernde Ovarien- und Parovariengeschwülste.

(Med. record 1900. August 18.)

Drehung des Stieles einer Eierstocks- oder Parovariengeschwulst führt zuweilen schließlich zur Abtrennung von ihrem bisherigen Sitze mit sekundärer Anheftung an die Nachbarorgane, vorzugsweise das Netz, welche sehr gewöhnlich auch schon früher bestanden hat, sich aber auch erst nach der Abtrennung neu bilden kann. Die Adnexe der entsprechenden Seite pflegen dann durch einen Stumpf des Eileiters und Lig. ovarii dargestellt zu sein, welcher noch am Gebärmutterhorn hängt. Es können aber auch beide im Ganzen aus dem Uterus herausgedreht und schließlich alle Narbenspuren an ihrem früheren Sitze so vollkommen verschwunden sein, dass man angeborenen Defekt der Anhänge vor sich zu haben glaubt. Dann kann nur das Auffinden oder Fehlen des interstitiellen Theiles des Eileiters die Frage entscheiden. In dem Falle Chalot's hat sogar der neue Stiel abermals Drehung und Abreißung erfahren.

E. hat verhältnismäßig häufig Gelegenheit gehabt, solche Geschwülste zu beobachten, nämlich 4, welche ausführlich beschrieben werden.

In der Litteratur sind nur 25—30 Fälle bekannt geworden, doch glaubt E., dass sie wohl häufiger vorkommen, nur nicht publicirt oder bei der Operation nicht hinreichend beachtet werden. Zufällig bei Autopsien wurden 7 Fälle gefunden. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

8) **J. Rogina.** Ohnmacht während der Geburt. Ein Beitrag zur Kenntnis der mildernden Umstände des Kindesmordes.

(Liečnički viestnik 1900. No. 12. [Kroatisch.])

Als Grundlage seiner Erörterungen berichtet Verf. über einen Fall aus seiner Praxis. Eine 21jährige IIpara von kleiner Gestalt und gracilem Bau, jedoch mit normalem Becken. Vor einem Jahre erste, normale Geburt mit darauffolgender Atonie des Uterus, starker Blutung und kurzdauernder Ohnmacht. Am 7. August 1900 zweite Geburt, sehr schmerzhafte Wehen; nachdem der Kopf zur Hälfte geboren war, klagte Pat. über Übelkeiten, Dunkelsehen; es trat starke Blässe ein, Puls klein und frequent, kalte Extremitäten, keine Schmerzensäußerungen; darauf schwand jede Muskelreaktion, ausgenommen die Wehen, durch welche in 2 Minuten der Kopf geboren wurde. Inzwischen wurde auch die Gebärende durch die gewöhnlichen Mittel zum Bewusstsein gebracht, sie wusste jedoch nicht, was während der Zeit geschehen war, sie fragte, ob das Kind geboren sei; Schmerzen hatte sie keine. R. bemerkte, dass dem Kinde die Nabelschnur um den Hals liege, er konnte sie aber nicht über den Kopf ziehen, da sie stark gespannt war. Die

Nabelschnur war verhältnismäßig kurz, pulslos und zog vom Nabel zur linken Schulter, dann um den Hals und über die rechte Schulter zur Placenta. Da es aus dem Uterus stark blutete und die bleiche Gebärende über Schwindel klagte, das Kind mit dem Munde schnappende Bewegungen machte, so nahm Verf. vorzeitige Lösung der Placenta an und extrahirte das Kind, dem auch sofort die Placenta folgte. Atonie des Uterus, Jodoformgazetamponade, da Irrigationen und Massage des Fundus erfolglos waren. Das Kind asphyktisch, am Halse eine Strangulationsfurche kenntlich.

Verf. hebt hervor, dass die Ohnmacht im kritischsten Augenblicke eingetreten sei und trotz der Bemühungen noch etwas über die Geburtsperiode des Schädels andauerte. Wäre nicht Hilfe vorhanden gewesen, so würde die Ohnmacht noch viel länger angehalten haben und es könnte auch der Tod eingetreten sein, da starke atonische Blutung vorhanden war.

Hätte es sich in diesem Falle um eine Geheimgebärende gehandelt, so hätte sie in der Ohnmacht geboren und viel Blut verloren, in dem, ohne Rücksicht auf die umschlungene Nabelschnur, das Kind hätte ertrinken können. Zur Besinnung gekommen, hätte sie aus Angst vor Strafe das Kind beseitigt und, zur Verantwortung gezogen, angegeben, sie sei in Ohnmacht gefallen, habe nicht gewusst, was während derselben geschehen sei, und habe dem Kinde nicht Hilfe leisten können. Die Entscheidung würde in einem solchen Falle in den Händen der ärztlichen Sachverständigen liegen.

Verf. erörtert die Umstände, unter denen eine Ohnmacht während der Geburt eintreten kann, hebt hervor, dass sie leichter bei Geheimgebärenden vorkomme, da der psychische Insult ein viel größerer ist. Er betont, dass die Ohnmacht in jeder Geburtsperiode eintreten und verschieden lange andauern kann und dass wir keine positiven Merkmale haben, aus denen wir schließen können, ob die Angaben Betreffs der Ohnmacht auf Wahrheit beruhen oder nicht. Er erörtert weiter die Umstände, welche in einem solchen Zustande den Tod des geborenen Kindes verursachen können.

Auf Grund seiner Ausführungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen. Wir können entsprechend den einzelnen Bedingungen, welche für den Eintritt der Ohnmacht nach unserer Erfahrung nöthig sind, nur die größere oder geringere Wahrscheinlichkeit betonen, aber dass der Eintritt einer Ohnmacht während der Geburt unter gewissen Bedingungen möglich und in der Praxis beobachtet ist, und dass die Geburt in einer Ohnmacht, ausgenommen die Fälle, wo der Bewusstseinsverlust auf andere Weise, z. B. durch Chloroform, betäubende Mittel, Eklampsie etc., hervorgerufen wurde, theoretisch unwiderlegbar und praktisch bewiesen ist, das können wir mit Bestimmtheit behaupten. **v. Čačković** (Agram).

9) **L. Meyer.** Zur Dilatation des Orificium uteri während der Geburt.

(Bibl. for Lägevid. 1900. No. 1.)

Der Verf. vergleicht in einem Vortrage die verschiedenen Methoden, die er als Oberaccoucheur der Kgl. Entbindungsanstalt zur Anwendung brachte, wo es sich um gefährliche Komplikationen während der Geburt handelte, die zu einem schnellen Abschlusse der Geburt nöthigten. Von den manuellen Methoden erwähnt er die Dilatation mit einer Hand und Bonnaire's Methode, von den instrumentellen: Dührssen's Incisionen, Champetier de Ribes' und Müller's Ballons und Tarnier's Écarteur utérin. Durch 4jährige Erfahrung ist M. zu der Anschauung gelangt, dass die Dilatation mit unelastischem Ballon schonend und empfehlenswerth ist. Wo diese Methode nicht ausreicht und für besonders schnelle Entbindung keine Indikation ist, ist Bonnaire's Methode oder Tarnier's Écarteur anzuwenden. Soll die Geburt möglichst schnell beendigt werden, so sind Dührssen's große Incisionen empfehlenswerth, wenn das Collum verstrichen und der Uterusinhalt nicht inficirt ist. **Kuhn Faber** (Kopenhagen).

10) H. C. Ringsted. Diagnose und Behandlung der Placenta praevia.

Disputats. Kopenhagen, 1900.

R. berichtet über 163 Fälle, in der Kgl. Entbindungsanstalt Kopenhagens gesammelt. Er erwähnt die Diagnose vor und während der Geburt, die Differentialdiagnose, die Diagnose bei Untersuchung der Placenta und bei intra-uteriner Exploration und die Mechanik der Blutung. Dann folgt eine Beschreibung und kritische Schätzung der verschiedenen Methoden, die von 1882—1899 angewandt wurden: Accouchement forcé, Sprengung der Eihäute, Tamponade, die Methoden von Braxton Hicks und Einlegung des uterinen Ballons. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Bei engem Orificium: Dilatation a. m. Hegar, dann Champetier de Ribes' Ballon von kleinem, später größerem Modell. Bei Placenta praevia in geringem Grade: Sprengung der Eihäute, wenn die Pat. keinen größeren Blutverlust gehabt. Bei Orificium von 5—6 cm: Champetier de Ribes' Ballon; wenn dieser nicht vorhanden ist, die Modelle von Bonnaire oder Braxton Hicks. Ist der Muttermund ganz verstrichen, so geht man zur Entbindung über, wenn die Pat. nicht zu anämisch ist. In diesem Falle wird eine Vaginaltamponade oder ein Ballon extravulvar angelegt, damit sich die Pat. erholen kann. Die Tamponade ist ihrer unzuverlässigen hämostatischen Wirkung und ihrer Infektionsgefahr wegen nur als ganz vorläufige Veranstaltung zu empfehlen.

Kuhn Faber (Kopenhagen).

11) De Lee (Chicago). Symphyseotomie mit günstigem Erfolge.

(Philadelphia med. journ. 1900. Februar 24.)

Bei einer zwergenhaften IIpara von 32 Jahren, deren 1. Geburt mit Wendung und schwerer Extraktion einer todten Frucht geendet hatte, wurde ein flaches, rachitisches, allgemein verengtes Becken mit einer Conjugata vera von 9,5 bis 10,0 cm festgestellt. Der linke Fuß war seit 3 Stunden vorgefallen, das Kreuzbein sah nach vorn links, der Kopf war am Beckeneingange festgekeilt. Dabei bestanden sehr große Varices an der Vulva. Trotzdem wurde die Symphyseotomie ausgeführt unter erheblicher Blutung beim Schnitte und einer nicht unbeträchtlichen Blutung post partum aus einem Cervixrisse neben einer alten Narbe, so wie mit einem kleinen Dammrisse, welche beide sogleich genäht wurden. Das Kind war groß und schwer, wurde zwar asphyktisch geboren, blieb aber am Leben, die Mutter genas ohne Zwischenfall. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

12) Hopkins and E. Woolworth (Brooklyn). Fall von klassischem Kaiserschnitt.

(Philadelphia med. journ. 1900. März 24.)

5 Fuß hohe Irländerin, welche 4 schwere Entbindungen, nur die 1. mit lebendem Kinde, überstanden hatte, wünschte bei ihrer 5. Schwangerschaft ein lebendes Kind zu haben und meldete sich etwa 2 Monate vor der voraussichtlichen Entbindungszeit. Die Conjugata externa war 17 cm, Conjugata interna 8,8 cm. Da der Fötus in Querlage oberhalb des Beckens lag, bot der Leib der Frau ein wunderbares Bild. Später änderte sich die Kindeslage, der Steiß sah mit dem Kreuzbeine nach der rechten Synchondrosis sacro-iliaca. Dem Wunsche der Mutter konnte nur durch einen Kaiserschnitt entsprochen werden, welcher denn auch 8 Tage vor der angenommenen Entbindungszeit vorgenommen wurde. Mutter und Kind blieben am Leben. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

13) O. Moore (New York). Die Entdeckung des Ureïns, des hauptsächlichen organischen Bestandtheiles des Harns, und die wahre Ursache der Urämie.

(Med. record 1900. September 1.)

M. hat im normalen Harn einen flüssigen organischen Körper gefunden, der darin in größerer Menge als der Harnstoff enthalten ist und mit einer Lösung

von Cyan-Eisen-Kalium und Eisenchlorid eine blaue Reaktion ergiebt. Die Isolirung dieses Körpers ist etwas umständlich und im Originale nachzulesen. Versuche mit Kaninchen haben ergeben, dass subkutane Einspritzungen desselben unter die Rückenhaut in der Menge von $3^1/_2$—$4^1/_2$ ccm Ureïn ein Thier von 1 kg in 3—8 Stunden unter Krämpfen, die den urämischen glichen, tödteten. Das Ureïn stellt ein Ferment dar, welches an sich im Stande ist, den Harnstoff in Ammoniak und Karbondioxyd zu spalten, eine Zersetzung, welche ohne Zusatz von Ureïn nur durch Erhitzung bis 130—140° C. gelingt. Demgemäß hat dieser neue Körper eine potentielle Energie von ca. 130°. Weitere Untersuchungen werden in Aussicht gestellt. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

14) **McLean** (New York). Ein Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen.

(Med. news 1900. Juli 28.)

L. glaubt, dass der Rath Schatz's, eine Gesichtslage in eine Hinterhauptslage umzuändern, so lange der Kopf noch nicht fest und noch hoch steht und die Wässer noch nicht abgelaufen sind, entschieden der beste bis jetzt ist. Auch seine Methode, die Lage und Richtung der Wirbelsäule des Kindes zu ändern und das Kinn emporzurichten, so dass sich das Hinterhaupt einstellt, hat viel für sich. Allein einestheils ist die Diagnose meist nicht früh genug zu stellen, andererseits ist es schwer, die verbesserte Lage hinreichend festzuhalten. Ist dann der Kindskopf schon herabgestiegen, so ist Schatz's Methode nicht anwendbar. Auch die von den meisten Geburtshelfern angenommene Selbstrotation des Kindskörpers von der Stellung des Kinnes nach hinten in diejenige nach vorn bleibt, wie L. erfahren musste, nicht selten aus, und es bleibt nur die Kraniotomie übrig. L. räth daher ein einfaches Verfahren: Während einer Wehenpause drückt er mit einer auf den Leib der Schwangeren außen aufgelegten Hand die Brust des Kindes möglichst fort von dem Beckeneingange in der Richtung nach dem Hinterhaupte, in dem angenommenen Falle des nach hinten gerichteten Kinnes also von hinten nach vorn. Während dessen werden die Finger der anderen Hand in der Scheide längs des Kopfes in einem oder dem anderen schiefen Beckendurchmesser so in die Höhe geschoben, dass sie den unteren Theil des Hinterhauptes erreichen, der Daumen aber die Augenbrauen berührt. Dann wird der Kopf so um seine Achse gedreht, dass das Kinn nach oben, das Hinterhaupt nach abwärts geschoben wird, nach dem Schambeine hin. Die Beugung des Kindskopfes wird noch wesentlich unterstützt, wenn man mit der äußeren Hand das Hinterhaupt nach abwärts drängt, sobald das Gesicht aus seiner falschen Stellung in der Kreuzbeinhöhlung herausgebracht ist. L. hat diese Methode auch praktisch schon ausgeführt und glaubt sie den Fachgenossen empfehlen zu sollen. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Verschiedenes.

15) **L. Piqué et P. Mauclaire.** Betrachtungen über die Behandlung des Gebärmutterkrebses durch die abdominale totale Hysterektomie.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1899. Mai—Juni.)

Da man wohl allgemein heute annimmt, dass die verschiedenen histologischen Eigenschaften des Krebses für die Therapie nicht von Belang sind, dass das Recidiv oft bald im peri-uterinen Gewebe entsteht und die Lymphgefäße nebst Ganglien befällt, wenn man auch ganz im Beginne das Carcinom entfernt hat, mag es nun diese oder jene histologische Eigenschaft gehabt haben, so glauben Verff., dass eben die vaginale Hysterektomie zur Radikalheilung nicht hinreicht. Bevor dieselben der Frage näher treten, ob man alles kranke Gewebe, insbesondere alle degenerirten Ganglien mit entfernen könne, geben sie eine ausführliche Beschreibung des Lymgefäßgebietes des Beckens, speciell des Uterus und seiner Adnexe. Verff. lehnen sich dabei hauptsächlich an die Beschreibungen von Poirier an. Dieser theilt das Lymphgebiet des Genitaltractus in 4 Gebiete.

1) Die Lymphgefäße des Collum uteri haben ihren Ursprung in dem mukösen und muskulären Gewebe, erscheinen dann auf der ganzen Peripherie des Collum, indem sie daselbst in transversaler Richtung kreisförmig sich vereinigen; dann gehen sie in das celluläre, peri-uterine Gewebe, vereinigen sich zu einem Strange, der dem Laufe der Art. und Vena uterina entlang nach aufwärts sich hinzieht. Von hinten her kreuzen sie den Ureter und erreichen dem unteren Rande des Lig. latum entlang die seitliche Beckenwand. Sie münden in den Lymphganglien, welche an der Theilungsstelle der Iliacae gelegen sind. Es sind deren 2 oder 3. Das am höchsten gelegene befindet sich an dem von der Iliaca externa und hypogastrica gebildeten spitzen Winkel und liegt in der Höhe des Beckeneinganges. Die beiden anderen kleineren Ganglien liegen längs und vor der Art. hypogastrica, also schon im Becken selbst an der inneren Wand desselben etwa in der Höhe des äußeren Randes des Lig. latum.

2) Die Lymphgefäße des Corpus uteri strömen nach der Corona uteri hin zusammen, gehen dem oberen Rande des Lig. latum entlang, sich an die Art. uteroovarica anschmiegend, dieser dann folgend, um in die Lumbarganglien zu münden, eine Gruppe von Ganglien, welche vor der Vena cava und der Aorta einerseits und vor den Iliacae andererseits gelegen sind. Letztere sind in ununterbrochener Verbindung mit den ersteren, mit diesen eine gemeinsame Binde bildend.

Einige Lymphgefäße des Uterus ziehen noch zu den Ganglien der Leistengegend hin durch das Lig. rotundum; diese Gruppe von Lymphgefäßen geht speciell von dem Theile des Uterus aus, wo das Lig. rotundum seinen Anfang nimmt. So kann man bei entzündlicher oder sonstiger Schwellung der Ganglien der Leistengegend bei uteriner Erkrankung die Vermuthung hegen, dass sich dieselbe an der vorderen und oberen Partie des Corpus uteri abspielt. Die beiden genannten Lymphgefäßgebiete, die des Corpus und des Collum, haben in der Höhe des Isthmus anastomotische Verbindungen.

3) Die Lymphgefäße der Tube und des Ovarium anastomosiren mit den vom Corpus uteri ausgehenden und münden ebenfalls in die Lumbarganglien.

4) Die vom oberen Drittel der Scheide ausgehenden Lymphgefäße vereinigen sich mit denen des Collum und enden in denselben Ganglien wie diese. Die vom mittleren Drittel der Scheide ausgehenden folgen dem Laufe der Art. vaginalis und münden in ein oder zwei Ganglien, die zu beiden Seiten des Rectum gelegen sind, in dem von der vaginalis, umbilicalis und iliaca interna gebildeten Gefäßgebiete.

In den meisten Fällen nun sind diese Ganglien schon mitergriffen, wenn auch das Carcinom ganz im Beginne ist und die Lig. lata noch ganz frei erscheinen. Auch kann man nicht durch irgend welche besonderen histologischen Eigenschaften des Krebses auf eine langsame Entwicklung desselben schließen, so dass eine einfache vaginale Hysterektomie als genügend zur Radikalheilung betrachtet werden kann. Daher muss die Radikaloperation möglichst frühzeitig und in ausgedehntester Weise gemacht werden unter Aufsuchung und Entfernung der mitergriffenen Ganglien, was aber nur durch die abdominale Hysterektomie gemacht werden kann. Was die Dauer der Radikalheilung nach dieser Operation betrifft, so sind die bis jetzt gemachten Erfahrungen noch nicht hinreichend, um in dieser Richtung endgültige Schlüsse zu ziehen. Es gehört dazu in erster Linie noch eine größere Vervollkommnung der Technik, da die Ausräumung des Beckens nicht so leicht ist, wie diejenige der Achselhöhle oder der Submaxillargegend. Verbessert indessen diese größere Operation in höherem Maße die Chancen der Radikalheilung des Krebses, so soll man nicht zögern, bei allen Fällen von Carcinom dieselbe frühzeitig vorzunehmen. **Odenthal** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. Sonnabend, den 16. Februar. 1901.

Inhalt.

I.

70 Beobachtungen von schwieriger Entfernung des kindlichen Schädels oder einzelner Knochen desselben ex utero bei mehr oder weniger protrahirter Retention nach Dekapitation oder Abreifsung des Rumpfes vom Schädel bei Extraktion des Kindes an den Füfsen.

Mitgetheilt von

Franz Neugebauer in Warschau.

Am 22. December 1893 war mir eine gerichtlich-medicinische Expertise übertragen in Sachen des Feldschers X., angeklagt, durch Abreißung des Rumpfes vom kindlichen Schädel bei einer schweren Geburt den Tod der Gebärenden veranlasst zu haben. Ich stellte seiner Zeit eine Kasuistik von 45 einschlägigen Fällen zusammen, welche später in polnischer Sprache von mir zugleich mit meinem Gutachten über den Fall des Feldschers X. veröffentlicht wurde (F. Neugebauer, Gaz. lekarska 1897).

Dieser Tage nun erhielt ich von Herrn Kollegen Durlacher in Ettlingen eine Anfrage, ob ich diese Kasuistik nicht auch in deutscher Sprache veröffentlicht habe? Die Sache sei für ihn von Interesse, da er augenblicklich einen einschlägigen Fall persönlich beobachtet habe. Die Anfrage veranlasste mich, den kurzen Beitrag etwas zu vervollständigen mit Berücksichtigung neuerer Fälle, die

ich zum großen Theile brieflichen Mittheilungen verdanke, und nun n deutscher Sprache den Fachgenossen zu unterbreiten.

Das Abreißen des Rumpfes vom Schädel war in früheren Jahrhunderten und selbst im Anfange unseres Jahrhunderts noch eine relativ häufige Erscheinung, um so mehr, als die Wendung auf die Füße und Extraktion der Zange vorgezogen wurde. Die älteren Autoren besprechen darum auch meist speciell das Abreißen des Rumpfes und die Methoden zur Entfernung des in utero retinirten Schädels. Smelly, Denman sprechen ausführlich darüber, ja, es wurden eine ganze Reihe von Instrumenten speciell für den Zweck, den abgerissenen Schädel zu entfernen, konstruirt, welche heute meist nur noch ein historisches Interesse besitzen. Jacob v. Siebold widmet in seinem Lehrbuche der Geburtshilfe von 1841 einen speciellen Paragraphen, § 587, dieser Frage. Die Kopfschlingen, Kopfnetze und Kopfschleudern (Capitrahae, Marsupia, Fundae) verwirft er, lässt aber noch den Levret'schen Tire-tête à bascule gelten von den zur Einführung in das Hinterhauptsloch bestimmten Instrumenten, die Verbesserung dieses Instrumentes durch Assalini (Una specie di leva o chiave), das Instrument von Kilian etc. J. v. Siebold räth für das Vorkommen dieses »unseligen« Falles, sobald kein rasches Handeln erforderlich ist und wenn noch kräftige Wehen vorhanden sind, zunächst abzuwarten, indem von kräftigen Wehen für die Ausscheidung oder wenigstens für das Tiefertreten des Kopfes, welches seine Entwicklung erleichtere, Vieles zu erwarten sei. Ist Eingreifen nöthig, so wird die Hand an der Gesichtsfläche eingeführt, Zeige- und Mittelfinger in den Mund eingeführt, der Daumen fest und tief in den Stumpf des Halses eingesetzt und der Kopf unter Einstellung in den günstigsten Durchmesser des Beckens unter Benutzung jeder Wehe in rotirender Bewegung herab- und hervorgeleitet. Gelingt das nicht, so empfiehlt sich, falls möglich, zangengerechte Einstellung des Kopfes und die Zange, bei hochstehendem, beweglichem Kopfe aber möglichste Fixation durch Händedruck von außen, dann der vorhin genannte Kopfzieher oder ein scharfer Haken (am besten der von Naegele verbesserte Levret'sche Haken) über das Gesicht weg in die große Fontanelle oder eine benachbarte Naht eingebracht. J. v. Siebold führt in der diesbezüglichen Litteratur u. A. die Aufsätze an von J. C. Voigt: »De capite infantis abrupto variisque illud ex utero extrahendi modis« (Gießen 1743) und G. W. Stein: «Von dem Abreißen und Zurückbleiben des Kopfes nach der Fußgeburt (Ed. v. Siebold's Journal 1831. Bd. XI. p. 1).

Matthews Duncan hat experimentelle Studien über den zur Abreißung des Rumpfes vom Kopfe nöthigen Kraftaufwand gemacht und zwar für die frische, ausgetragene Frucht eine Zugkraft von 120 Pfund erforderlich gefunden, der Zusammenhang der Wirbelsäule löste sich bei einer Belastung von 105 Pfund. Anders liegt die Sache bei unzeitigen oder gar bei todtfaulen Früchten, wo notorischerweise die Abreißung bei relativ geringem Kraftaufwande sich ereignen kann.

Spiegelberg spricht in seinem Lehrbuche der Geburtshilfe von 1878 im Kapitel »Embryotomie« nur von der Extraktion des Schädels nach Dekapitation und unterscheidet ganz mit Recht die Entfernung des Schädels bei normalen Raumverhältnissen und bei Beckenenge. Während bei normalen Raumverhältnissen oft die Expression genügt oder Herabdrückung des Kopfes auf den Beckenboden, dann Extraktion mit 2 Fingern im Munde (unter Expression am Kiefer, wobei der mento-occipitale Durchmesser die Beckenachse passirt), mit Zange oder scharfem Haken — so empfiehlt Spiegelberg für letztere Fälle den Kranioklast, dessen eine Branche in den Mund zu liegen kommt, oder den Cephalothryptor, sonst Perforation und dann Kranioklasie, da es ein Irrtum sei, vorauszusetzen, die Gehirnmasse fließe unter Anziehen des Schädels stets durch das Foramen magnum und den Wirbelkanal des Halsstumpfes aus. In jedem Einzelfalle muss man, wenn man nur weiß, welche Manipulationen zu Gebote stehen, dieselben nach den gegebenen Verhältnissen modificiren.

v. Winckel verwirft in seinem Lehrbuche der Geburtshilfe von 1889 den Cephalothryptor vollständig und empfiehlt Perforation und Kranioklasie.

Fehling (Handbuch der Geburtshilfe, herausgegeben von P. Müller, Bd. III. p. 10. Stuttgart 1889) bespricht noch das »sehr unangenehme Ereignis« der Abreißung des Kopfes. Das einst von der Lachapelle bei großem räumlichen Missverhältnisse vorgeschlagene Abschneiden des Rumpfes vom Kopfe werde heute Niemand mehr billigen, das Abreißen sei heute nur denkbar bei fauliger Frucht und unvorsichtigem Zuge bei Beckenenge; die für die Extraktion des abgerissenen Kopfes angegebenen speciellen Instrumente haben heute nur noch ein historisches Interesse.

Ahlfeld (Lehrbuch der Geburtshilfe 1898) fürchtet den spitzen Haken zur Extraktion des perforirten Kopfes (der Haken sei, wenn er ausreißt, für die Weichtheile der Frau und für den Arzt gefährlich) und hält den Kranioklast einzig für geeignet, zieht aber isolirte Perforation und dann Kranioklasie dem für beide Zwecke dienenden Instrumente von Auvard (Embryotome céphalique combiné) vor, eben so dem von Zweifel beschriebenen Instrumente. P. 531 widmet Ahlfeld einige Zeilen der Entfernung des zurückgebliebenen Kopfes, erwähnt aber hier als Extraktionsinstrument doch den spitzen Haken, die Boer'sche und Mesnard'sche Knochenzange, je nachdem der Angriffspunkt für die Extraktion im Foramen magnum, einer Orbita, dem Wirbelsäulenstumpfe gefunden wird oder überhaupt ein derartiger Theil nicht fassbar ist, so dass die Kopfzange allein (?) übrig bleibt. Französische Autoren empfehlen die Instrumente von Tarnier, Auvard u. A., auch van Huevel's »Forcepsscie«.

Zweifel setzt voraus, dass in den seltenen Fällen von Cephalothrypsie am nachfolgenden oder abgetrennten Kopfe der praktische Arzt den Werth des von ihm (Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 18) empfohlenen Instrumentes nicht gering anschlagen werde, mit dem man perforiren, den Kopf zerkleinern und extrahiren kann, und welches die zerstückelnden Operationen für die Mutter ganz ungefährlich gestaltet.

Wie die Erfahrung zeigt, kamen in den einzelnen Fällen von Schädelretention abgesehen von den hier angeführten Instrumenten — theilweise mögen die Ärzte dieselben nicht einmal gekannt, geschweige denn besessen haben — und abgesehen von den Fällen, wo der Arzt Angesichts des Scheiterns aller seiner Bemühungen, den in utero retinirten Schädel zu extrahiren, die Frau einfach — oft zu deren Gunsten — ihrem Schicksale überließ, auch viele andere operative Eingriffe zur Anwendung. Es wurde zum Bauchschnitt, Kaiserschnitt, zur Symphyseotomie etc. gegriffen, um den Schädel zu entfernen resp. gleichzeitig auch den Uterus sammt Ovarien und Tuben nach Porro zu amputiren.

Man sollte meinen, dass 1) Fälle von Abreißung des Schädels heute überhaupt nur selten vorkommen, 2) dass es bei der heutigen Technik und dem heutigen Instrumentarium stets gelingen sollte, den in utero zurückgebliebenen isolirten Schädel herauszubefördern, und doch giebt es Fälle, wo die Extraktion des Schädels unter solchen Umständen selbst dem routinirten Praktiker zuweilen ganz außerordentliche Schwierigkeiten bereitet hat.

Ich kann dem nicht beistimmen, wenn Krassowski in seinem Lehrbuche der operativen Geburtshilfe schrieb, eine Abreißung des Rumpfes vom Schädel sei selbst bei todtfauler Frucht ein nicht zu entschuldigender Missgriff des Arztes — Andererseits lehrt die von mir zusammengestellte Kasuistik, mit welchen unendlichen Schwierigkeiten manchmal die Entfernung eines abgerissenen, in utero retinirten Kopfes verbunden sein kann. In den meisten Fällen dieser Kasuistik hatte nicht der Arzt den Rumpf vom Schädel abgerissen, sondern die Hebamme, Bauerweiber oder der Gatte der Kreißenden, immerhin giebt es hier 26 Fälle, wo die Abreißung dem Arzte selbst passirte, wenn auch meist bei todtfauler Frucht. Wenn auch nach den theoretischen Folgerungen der Lehrbücher Abreißung des Rumpfes vom Schädel Ärzten nicht passiren darf, so kommt diese Thatsache doch oft genug vor, um so häufiger wird der Arzt zu der vollendeten Thatsache gerufen, wo unberufene Hände statt des Geburtshelfers manipulirten.

Für den Praktiker ist es wichtig, wie er sich in einem solchen Falle zu verhalten habe, und wird desshalb für ihn die Zusammenstellung der von mir gesammelten Kasuistik nicht ohne Werth sein.

No. 1 Arnould (Arch. de tocol. Vol. XXI. p. 151) — s. No. 15 van Hassel — verkleinerte einen abgerissenen Hydrocephalus durch die von Cohnstein für die Entleerung auch des nicht hydrocephalischen Schädels empfohlene Ausspülung der Schädelhöhle durch ein durch die Halswirbelsäule in das Schädelinnere eingeschobenes Spülrohr dieser oder jener Art, wie dies gebraucht wird bei der von van Huevel empfohlenen spinalen Entleerung eines Hydrocephalus (Princip von Michaelis).

No. 2. Arnstein in Kutno (laut brieflicher Mittheilung), Abreißung des Kopfes bei Extraktion an den Füßen durch einen anderen Arzt. Arnstein gelang es, den Finger in das Foramen magnum einzuführen und dann den Schädel herauszubefördern. Die Wöchnerin war so erschöpft, dass sie kurz darauf starb! Arnstein glaubt, das Leben hätte erhalten werden können bei früherer Kunsthilfe. (Uterusruptur oder Sepsis? N.)

No. 3. Bagger: Kajsersnit p. Gr. af afrevet Hooed-Konen hebrevet (Ugeskrift for Laeger. 4. R. Bd. XXVIII No. 21 p. 70—83). Kaiserschnitt Behufs Entfernung des retinirten kindlichen Schädels, Genesung der Mutter.

No. 4. W. Brydon: Complicated case of labour, spontaneous decapitation (Brit. med. journ. London 1886. II. p. 64). Décapitation spontanée (Répertoire universel d'obstétr. et de gynécol. 1887. p. 427). Vorzeitige Geburt im 5. Monate. Sub extractione podalica reißt der Kopf ab, zurückgehalten von dem uterinen Kontraktionsringe. Künstliche Extraktion des Kopfes und Genesung der Mutter.

No. 5. Estep (Hamburger Zeitschrift für die gesammte Medicin Bd. V. p. 274. — Referat: Wittlinger's Analekten für die Geburtshilfe 1849. Bd. I. Hft. 2. p. 572. No. 116): 2 Entbindungen ope forcipum, bei der 3. Entbindung wurde der Kaiserschnitt ausgeführt, um den in utero zurückgebliebenen Schädel zu entfernen. Bei derselben Frau wurde auch die 4. Entbindung mit dem Kaiserschnitte beendigt, sie genas.

No. 6. Fjodorow extrahirte den in utero retinirten Schädel bei einer Frau, die desshalb in die Warschauer geburtshilfliche Klinik gebracht worden war. (Mündliche Mittheilung vor dem Jahre 1898.)

No. 7. Fincke: Kasuistische Mittheilungen aus dem Salvatorkrankenhause in Halberstadt: Blasen-Scheidenfistel und Blasensteine veranlasst durch Fötusknochen (Deutsche med. Wochenschrift 1896. August 13. No. 33. p. 534). Am 26. August 1896 wurde eine Kranke aufgenommen wegen Blasen-Scheidenfistel. Sie hatte nur einmal geboren und zwar vor 16 Jahren. Im 6. Schwangerschaftsmonate hatte sie einen Monat lang aus den Geschlechtstheilen geblutet. Die Hebamme glaubte, es handle sich um eine Placenta praevia, und hatte nach dem Arzte geschickt. Der Arzt machte die Wendung und einen Versuch der Extraktion an den Füßen, stieß jedoch auf solche Schwierigkeiten, dass er erklärte, er müsse nach einem Perforatorium schicken. Mittlerweile zog und zog er und extrahirte den ganzen Rumpf, aber der Schädel riss ab und hinterblieb in utero. Der Arzt erklärte, er könne den Schädel nicht herausbekommen, das werde die Natur schon allein besorgen! Er packte hierauf seine Sachen zusammen und verließ die Frau. Die Wöchnerin lag ein ganzes Jahr lang zu Bett, mit stinkendem Ausflusse behaftet. Allmählich besserte sich ihr Zustand derart, dass sie nach Ablauf dieses Jahres aufstehen konnte und ihrer Arbeit im Felde nachzugehen begann. Sie hatte aber in dieser ganzen Zeit große Schwierigkeiten bei jeder Stuhlentleerung zu überwinden und musste sich einst selbst den Finger in den Mastdarm einführen, um die Entleerung der Scybala zu ermöglichen. Dabei stieß ihr Finger auf einen harten Gegenstand, den sie extrahirte. Es war dies das glatte Bruchstück eines Schädelknochens. Von jetzt an ging der Stuhl ohne Beschwerden ab. Die Scheidenausflüsse sind geringer geworden, dauern aber an. Im Januar 1896 bemerkte Pat. zuerst Harnabfluss aus der Scheide und konnte von jener Zeit an nicht mehr auf normalem Wege harnen. 7 Monate später kamen intensive Schmerzen in der Harnblasengegend hinzu, welche Pat. endlich veranlassten, einen Arzt aufzusuchen. Letzterer schickte sie in das Hospital. Allgemeinaussehen dort ziemlich gut befunden. Unterhalb des Collum uteri kon-

statirte man die Gegenwart eines in der vorderen Scheidenwand fest eingekeilten Steines. Bei der Untersuchung fand man auf der hinteren Scheidenwand 2 cm oberhalb der Commissura labiorum eine schräg verlaufende, mehrere Centimeter lange Narbe — hinterblieben nach Spontanheilung einer Recto-Vaginalfistel. Der Stein wurde besser zugänglich nach Einführung der Sims'schen Rinne in die Scheide. Es gelang Fincke, neben dem Steine einen Katheter in die Blase einzuführen: der Stein saß in dem Lumen einer Blasen-Scheidenfistel. Er entfernte den Stein mit einer Zange, wobei sich Partikel von ihm ablösten. Der Stein war 4 cm lang und $1^1/_2$ und 2 cm dick in verschiedenen Durchmessern. Auch in der Blase fand sich Steindetritus. Die Blasenschleimhaut in der Umrandung der Fistel war nekrotisch. Nach Abstoßung der Schorfe Vernähung der Blasen-Scheidenfistel mit Erfolg. In dem Steine fand man nach Auflösung in Salzsäure 2 Kerne: ein Os occipitis und die eine Hälfte des Unterkiefers der Frucht. Fincke glaubt, der Schädel sei ex utero in die Scheide ausgetrieben worden, habe dort den Druckdecubitus hervorgerufen, die Fistelbildung und endlich die Steinbildung. Es scheint, dass sowohl die Mastdarm-Scheidenfistel als auch die Blasen-Scheidenfistel durch Fötusknochen hervorgerufen wurden nach der Voraussetzung von Fincke. Ich glaube nicht, dass der Schädel in toto ex utero in die Scheide ausgetrieben wurde, sondern eher, dass nach Maceration des Schädels die Knochen einzeln abgingen und die größeren Knochen in vagina stecken blieben und die weiteren Schädigungen veranlassten. Die Beobachtung von Fincke liefert einen Beweis für die außerordentliche Toleranz von Uterus und Vagina für selbst faulende Fremdkörper. Trotz Luftzutritt kam es nicht zu Pyämie. Die letzten Reste des einst retinirten Kinderschädels wurden erst nach 16 Jahren entfernt!

No. 8. Flecken (Rheinische Monatsschrift für praktische Ärzte III. Jahrg. 1849 p. 218) musste 3 Monate nach Embryotomie ein scharf zugespitztes Stück eines flachen Knochens entfernen, welches sich in eine seitliche Scheidenwand eingespießt hatte, dicht neben dem äußeren Rande des Ramus descendens eines Os pubis.

No. 9. Fraipont (Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège Vol. XXXIII. 1894 p. 52—54): Nach vergeblichen Zangenversuchen Wendung und Versuch der Extraktion. Der Schädel riss dabei ab und musste gesondert extrahirt werden.

No. 10. W. A. Freund (Über Toleranz des weiblichen Geschlechtes gegen traumatische und septische Einwirkungen. Geschichte einer Frau, welche den vor 10 Jahren abgerissenen Kindskopf noch heute in einzelnen Resten im Uterus trägt! Deutsche Klinik 1869. No. 33. p. 301—305): 34jährige Frau, seit $12^1/_2$ Jahren verheirathet, hat 3mal abortirt, dann ein ausgetragenes Kind geboren: Steißlage, Extraktion, der Schädel riss ab und das Caput mortuum blieb in utero, da es selbst mittels des scharfen Hakens nicht gelang, den Schädel zu extrahiren. Wegen Entkräftung der Frau, starker Blutung und Tetanus nahm man von jedem weiteren Eingriffe Abstand und ließ den Schädel so wie die Placenta ruhig in utero verbleiben. Es traten Krämpfe auf wie bei Eklampsie, Fieber, eitrige Ausflüsse, und am 6. Tage wurde spontan die stinkende Placenta nach außen entleert, am 7. Tage fand Max Freund das Collum uteri eingerissen und in einer seitlichen Uterinwand einen Knochen eingespießt, den er herauszog. Das Wochenbett verlief relativ erträglich, und die Frau verließ nach einigen Wochen das Bett. Trotz großer Schwäche konnte sie gehen. Diffuse Unterleibsschmerzen, verdächtiger Husten, große Nervosität, ein protrahirter Morbus maculosus wurden notirt; Abmagerung, periodische Anschwellungen der Schamtheile, sogar Paresen der unteren Gliedmaßen traten in der Folge auf. Trotzdem erschien die Periode wieder und wiederholte sich zwar spärlich, aber doch regelmäßig. Coitus ohne Schwierigkeiten. Der Allgemeinzustand war ziemlich erträglich bis zum November 1868; es traten nun heftige Schmerzen auf und Stechen in der Schambeingegend, endlich trat aus der Vulva ein Knochen heraus, welchen die Pat. eigenhändig extrahirte. Der Arzt fand damals in vagina noch mehrere Knochen, konnte jedoch nur einen derselben herausbekommen, der Rest blieb stecken. W. A. Freund sah die Frau

1865. Die höchst abgemagerte Pat. erzählte damals, dass sie ihrer Berufsarbeit nachgehe, aber sehr bald müde werde bei der Arbeit, die Menstruation sei regelmäßig, sie werde aber sehr belästigt von beißendem stinkenden Ausflusse, von Zeit zu Zeit werden unter Entzündungserscheinungen an der Vulva Knochentheile entleert. Pat. überreichte Herrn Freund 3 Knochenstücke, deren 2 die kleinen Flügel des Keilbeines zu sein schienen, der 3. Knochen war das Fragment eines flachen Knochens. Die gelblichgrauen, sehr leichten Knochen waren sehr porös wegen Verlust organischer Substanz. Uterus faustgroß, nach vorn geneigt, Uterushals verkürzt mit mehrfachen Einrissen, die runde Öffnung des Muttermundes lässt den Finger 2 cm tief eindringen. In der Höhe des inneren Muttermundes konstatirt die Sonde einen quergelagerten, entblößten Knochen, gleichsam im Mutterhalse eingekeilt. Wenn schon gewaltsame Versuche der Entfernung des Knochens kontraindicirt wären, so wollte die höchst angegriffene und nervöse Pat. überhaupt nichts von einem derartigen Versuche wissen. Im Mai 1869 sah W. A. Freund die Pat. abermals. Menstruation regelmäßig, schmerzlos, von Zeit zu Zeit stinkender Ausfluss. Uterus kleiner geworden, aber stets noch vergrößert. Freund entfernte damals das eine Knochenfragment. Die Thatsache gehört der Geschichte an — heute würden wir uns schwer entschließen, die Expulsion der Fötalknochen auch weiterhin der Selbsthilfe der Natur zu überlassen.

No. 11. Gessner (Centralblatt für Gynäkologie 1898. No. 12. p. 303) erwähnt in seinem Aufsatze »Bemerkungen zu Sänger's Vortrag: Über Erweiterung und Austastung des Uterus als Vorakt der Behandlung« am Schlusse einen Fall, wo der abgerissene Kopf der Frucht durch einen Riss ins Parametrium ausgetreten war und später nur mit knapper Noth aus einer großen Jauchenhöhle entfernt werden konnte.

No. 12. Grodecki (Briefliche Mittheilung vom 4. Februar 1898). G. wurde im Mai 1892 zu einer 31jährigen Gebärenden gerufen. Die Geburt hatte *schon* vor 6 Tagen begonnen mit vorzeitigem Wasserabflusse und Vorfall einer Hand. Becken normal. Nach 36stündigen Wehen cessirte die Geburtsarbeit, der Leib wurde immer größer, meteoristisch gespannt. In der Schamspalte liegt die linke Hand der Frucht, faulig und grün. Starke Anschwellung der äußeren Schamtheile und schmutziger Belag derselben. Nach Exartikulation des Oberarmes machte G. die Exenteration, und als es ihm auch jetzt noch nicht gelang, die Füße herabzuziehen, setzte er die Embryotomie fort. Endlich gelang die Herableitung der Füße der fauligen Frucht. G. fürchtete, der Kopf werde ihm abreißen, er führte also die rechte Hand in den Uterus ein, steckte 2 Finger in den Mund des Kindes, während die linke Hand die Schultern herabpresste (Zug am Rumpfe). Nach einigen Traktionen riss der Schädel trotzdem ab. Endlich gelang es ihm, den Kopf einzustellen, einen Finger in den Mund einzuführen, mit den übrigen den Schädel zu umfassen und so den Schädel herauszubekommen. Derselbe war stark übelriechend, verfault, der Uterus aufgetrieben durch stinkende Gase. Angesichts des Gesammtbefundes der schon 6 Tage dauernden Geburt, der schmutzig verfärbten Beläge hatte G., obwohl er that was möglich war für die Desinfektion der Genitalien, keine Hoffnung, dass die Frau mit dem Leben davon kommen werde. Groß war daher sein Erstaunen, als nach 12 Tagen eine Verwandte der in der Entfernung von einigen Meilen wohnenden Wöchnerin zu ihm kam, ihm den geliehenen Irrigator als nicht mehr nöthig zurückerstattete und den Dank der Wöchnerin für die Lebensrettung aussprach. G. fügt hinzu, nur die robuste lithauische Bauernfrau sei im Stande, solche Horrenda zu ertragen!

No. 13—14. Gromadzki in Warschau wurde 2mal geholt, um einen nach Abreißung vom Rumpf bei Extraktion an den Füßen durch die Hebamme in *utero* zurückgebliebenen Schädel herauszuholen. Beide Male handelte es sich um eine 8 monatliche Frucht, die eine war bereits verfault. Es gelang Gromadzki in beiden Fällen, den Schädel ohne Instrumente herauszubekommen.

No. 15. Van Hassel (Bassin rétréci, rétention de la tête au dessus du détroit supérieur. Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie. 1894. p. 76).

v. Hassel berichtete am 24. December 1893 in der Brüsseler geb.-gyn. Gesellschaft über 2 Fälle von Schädelretention oberhalb des Beckeneinganges: Es handelte sich jedoch nur im ersten Falle um eine Abreißung des Rumpfes vom Schädel, und zwar gehört diese Beobachtung Herrn Dr. Arnould in Namur an. Sub extractione podalica riss der Rumpf ab, und der Hydrocephalus blieb in utero. Arnould führte eine Sonde in das Schädelinnere durch das Foramen occipitale ein und ermöglichte so die Entleerung des Schädels und seine glückliche Austreibung. Die eigene Beobachtung van Hassel's betrifft die sehr schwere Entbindung einer 18jährigen Ipara, behaftet mit in Folge von Coxalgie verengtem Becken. D. Baron fand Querlage mit Vorfall einer oberen und einer unteren Extremität, zog das andere Bein herab und extrahirte den Rumpf. Zange an den Kopf nicht möglich, Kinn angedrückt auf die Linea innominata dextra. Jeder Zug am Rumpf verschlimmerte die Sachlage. Weder Tarnier's Basiotribe, noch Hubert's Transformateur zur Hand, Kind schon lange asphyktisch, die Frau hatte in der schon 3 Tage dauernden Geburt schon viel Blut verloren. Conj. vera $6^1/_2$—7 cm. Endlich van Hassel zu Hilfe gezogen. Nur linkerseits lässt sich ein Zangenlöffel anlegen. Vergeblicher Perforationsversuch in der Gegend unterhalb des Kinnes. Endlich kam van Hassel auf die Idee der Rhachiotomie, er durchschnitt die Wirbelsäule quer, luxirte den unteren Theil, drang dann durch den Wirbelkanal mit einer Sonde ein, zerstörte das Gehirn und entleerte die Schädelhöhle möglichst durch Heißwassereinspritzungen. Dann gelang es endlich, linkerseits die Hand bis über den Schädel hinaufzuführen und den am Zangenlöffelgriff befindlichen scharfen Haken in die rechte occipito-parietale Furche einzutreiben und den Schädel herauszubefördern. Kind 4000 g wiegend. Fieber, vielfache Druckusuren. Genesung bei antiseptischer Behandlung.

No. 16. Professor Hegar (siehe F. Neugebauer, »Ein neuer Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der Spondylolisthesis«. Archiv für Gynäkologie Bd. XXII. Heft 2) wurde am 29. Januar 1873 zu einer Erstgebärenden geholt, deren Becken in Folge Spondylolisthesis verunstaltet war. Der rechte Arm des Kindes war aus der Scheide herausgefallen, der Uterus umfasste krampfhaft zusammengezogen das querliegende Kind. Mehrfache Wendungsversuche scheiterten, es wurde endlich mit einer langen Schere die Dekapitation gemacht, was verhältnismäßig leicht glückte, wie auch die Extraktion des Rumpfes. Die Extraktion des Schädels jedoch war so schwer, dass Herr Hegar diese Entbindung für die allerschwerste in seiner gesammten Praxis erklärt hat. Da bei der Dekapitation einige Halswirbel am Schädel haften geblieben waren, so war es nicht möglich, an das Foramen occipitale heranzukommen. Man musste zuvor in irgend welcher Weise den Schädel immobilisiren; es wurde also ein scharfer Haken in die Mundhöhle eingeführt und dann an dem Haken ein Zug ausgeübt, der Assistent zog jedoch zu stark, und der Haken zerbrach den Unterkiefer. Da man so die beste Handhabe zur Fixation des Schädels verloren hatte und derselbe dem Finger stets entschlüpfte, so wurde jetzt der scharfe Haken in eine Orbita eingetrieben bis zu deren Grunde und jetzt der Cephalotryptor angelegt, während der Assistent durch Druck von der Bauchwand aus die Fixation des Schädels unterstützte, aber auch dieses Manöver erwies sich vergeblich, das Instrument hatte nur ein kleines Schädelsegment gefasst und drohte abzugleiten, zugleich hatte der fixirende scharfe Haken seinen Halt verloren. Eine auf gleiche Weise an der anderen Orbita ausgeführte Probe scheiterte ebenso. Da alle Versuche sich als vergeblich erwiesen hatten, führte Hegar endlich eine Hand längs des Kreuzbeines ein, indem er die Hinterfläche des Schädels suchte. Es gelang ihm so, einen gewissen Punkt der Sutura squamosa zu erreichen und hier ein löffelförmiges Perforatorium einzuspießen. Die Einspießung des Perforators erwies sich als sehr schwer, das Instrument drang zunächst zwischen Dura und Schädelgehäuse ein. Endlich gelang es, bis in das Gehirn vorzudringen und dann mittels Kranioklast den Schädel zu extrahiren.

No. 17. Hejdukowski 1893. — Der Fall wurde zum Gegenstand einer Gerichtsverhandlung, in der ich als Expert mein Gutachten abgeben musste. Die

Details habe ich sowohl den Akten entnommen als auch den brieflichen Mittheilungen des Kollegen Hejdukowski, welche ich nachträglich erhielt. Es handelte sich um eine Bauernfrau, welche zum 6. Male niederkam. Anfangs stand ihr nur eine hier zu Lande »babka« genannte Person zur Seite, eine Geburtshelferin niedersten Ranges, welche also nicht die von einer Hebamme geforderten Kenntnisse besitzt. Dieselbe begnügte sich damit, den Leib der Gebärenden mit Fett zu bestreichen und zu warten. Als nach 48 Stunden die Geburt nicht erfolgte, meinte diese Frau, das Kind müsse wohl eine falsche Lage haben, und verlangte ärztliche Hilfe. Der Gatte jedoch holte einen Feldscher. Letzterer fand die Füße der Frucht in vagina und machte die Extraktion eines todtfaulen Kindes. Der Kopf riss dabei ab und blieb in utero zurück. Jetzt erst wurde Dr. Hejdukowski geholt, konstatirte Darmschlingen in utero und extrahirte den Kopf, Die Frau starb bald darauf.

Auf Verlangen des Kreisarztes wurde eine Exhumation der Leiche und Nekropsie vorgenommen, welche wohl eine Uterusruptur als Todesursache feststellte, jedoch keineswegs den Beweis bringen konnte, dass der Feldscher die Ruptur veranlasst hatte. Der Process endete mit Freisprechung des Angeklagten. Dr. Hejdukowski fand die Frau schon sterbend vor und erklärte dem Gatten, es habe keinen Zweck, den Schädel noch herauszuholen; da jedoch der Gatte darauf bestand, eröffnete er die Schädelhöhle mit einer langen Schere, entleerte das Gehirn und extrahirte den Schädel mit Hilfe des hakenförmig gekrümmten Fingers.

No. 18—19. Dr. Hejdukowski hat in seiner 23jährigen Praxis noch 2 Fälle von Abreißung des kindlichen Schädels erlebt, resp. Retention nach Dekapitation. Im 1. Falle hatte ein Arzt die Dekapitation ausgeführt, konnte jedoch dann den Schädel auf keine Weise mit der Zange extrahiren, da derselbe stets entschlüpfte. Dr. Hejdukowski wurde nun geholt, machte die Excerebration mit Hilfe der Nägele'schen Schere und extrahirte dann den Schädel mit dem scharfen Haken. In dem anderen Falle hatten bei einer Mehrgebärenden, nach bereits 48 stündiger Geburtsarbeit, die Weiber zusammen operirt. Als sie jedoch auf keine Weise den nachfolgenden Kopf herauskriegen konnten, zogen sie einige Männer zu Hilfe, welche abwechselnd ziehend schließlich die Abreißung des kindlichen Schädels zu Stande brachten. Dr. Hejdukowski wurde nach 10 Stunden geholt, machte die Excerebration und extrahirte den entleerten Schädel. Der Uterus war rupturirt und die Frau starb noch am selben Tage.

No. 20. Heussner in Barmen (Porro's operation by Clement Goodson, reprinted from the British Medical Journal 126, January 1884) vollzog am 23. April 1880 den Kaiserschnitt mit nachfolgender utero-ovarieller Amputation bei einer rachitischen 29jährigen Primipara (Conjugata vera von 2 Zoll) 12 Stunden nach Geburtsbeginn, bei Zurückbleiben des Schädels in utero nach Dekapitation. Die Extraktion des Rumpfes und Dekapitation hatte ein anderer Arzt zuvor gemacht. Heussner versenkte den mit Silberdraht abgeschnürten Stumpf in der Bauchhöhle. Die Kranke starb am folgenden Tage in Folge von Blutverlust und Karbolintoxikation. Die Beobachtung Heussner's war nicht im Drucke veröffentlicht, erst Goodson nahm dieselbe in seine Statistik auf.

No. 21. Istomin (Zur Kasuistik der Abreißung des kindlichen Schädels bei forcirter Extraktion an den Füßen [Russisch], Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie 1891, Bd. V. p. 929).

Am 27. Februar 1891 wurde die 32jährige Penila Sz. in das Hospital zu Uglicz gebracht. Die Entbindung hatte in der Nacht vom 25. zum 26. begonnen und zwar in Fußlage. Eine Dorffrau hatte den Rumpf extrahirt, konnte aber den Kopf nicht herausbekommen. 24 Stunden lang dauerte nun der Status quo. Nach 24 Stunden erklärte die weise Frau, der Kopf müsse wohl an den Uterus angewachsen sein, und begann aufs Neue an den Füßen zu ziehen. Endlich wollte der Gatte sich diese Quälerei nicht länger ansehen, sagte, er werde in die Stadt fahren und einen Arzt holen und verbot der weisen Frau jeden ferneren Entbindungsversuch. Sobald er fortgefahren war, holte sich die weise Frau 2 Bäuer-

innen zur Hilfe, und nun begannen die Traktionen ohne Rücksicht auf die Schmerzensschreie des armen Opfers aufs Neue, bis endlich der Rumpf vom Schädel abriss. Diese Operation soll 3 Stunden gedauert haben und war mit grässlichen Schmerzen für die Gebärende und Ohnmachtsanfällen verbunden. Als der Mann endlich mit einem Arzte anlangte, waren sowohl die weise Frau als auch ihre beiden Gehilfinnen verduftet. Die Frau wurde nun auf einen Schlitten gepackt und nach dem 25 km entfernten Hospital gebracht. Der Uterusgrund stand unterhalb des Scrobiculus cordis, der Mutterhals klaffte und ließ die Hand ein. Der Kopf war fest in das Becken eingekeilt und das Hinterhaupt nach vorn und etwas nach rechts gewandt. Ödem der äußeren Geschlechtstheile, + 38,8° C., Puls 104. Erst wurde katheterisirt, dann sub narcosi ohne Schwierigkeit der Kopf extrahirt mit einer Busch'schen Zange. Sofort darauf wurde die bereits abgelöste Placenta entfernt, die Nabelschnur war durchrissen. Der Schädel war stark abgeplattet im queren Durchmesser, der Hals war zerrissen zwischen 2. und 3. Halswirbel, also waren Atlas und Epistropheus am Schädel haften geblieben. Das Aussehen der zerfetzten Gewebstheile von Schädel und Hals bewies zur Genüge, mit welcher Barbarei hier zu Werke gegangen worden war. Istomin legt sich die Frage vor: Lebte das Kind noch zur Zeit der gewaltsamen Extraktion oder nicht, und schließt sich der letzteren Annahme an, weil damals der Kopf schon seit 24 Stunden fest im Becken eingekeilt war. Die Frau genas schnell, wurde bereits nach 10 Tagen nach Hause entlassen. Weder der Gatte noch die Frau wollten von einer gerichtlichen Belangung der weisen Frau etwas wissen.

No. 22. Jaeggy beschrieb 1827 folgende Beobachtung. (Siehe Carolus Kayser, Dissertatio de eventu sectionis caesareae, Havnia 1841. Referat in Wittlinger's Analekten für die Geburtshilfe Bd. I., Heft 2. 1849. p. 532—656. Über den Erfolg des Kaiserschnittes Nr. 73 p. 562). Jaeggy vollzog den Kaiserschnitt bei einer 33jährigen mit starker rachitischer Beckenverengerung 2 Tage nach Wasserabfluss und 12 Stunden nach Wehenbeginn. Bei derselben Frau hatte er bei einer früheren Geburt mit großer Mühe eine Wendung und Extraktion vollzogen. Auch jetzt machte er die Wendung auf die Füße und versuchte die Extraktion, konnte jedoch den Kopf nicht herausbekommen. Da auch eine Perforation desselben nicht glücken wollte, so machte er schließlich die Dekapitation und nachher den Kaiserschnitt. Nach Eröffnung der Bauch- und Uterushöhle musste er noch von obenher die Zange an den im Becken eingekeilten Kopf anlegen, um ihn herauszubekommen. Die Frau genas. Soviel mir bekannt, dürfte dies der einzige Fall sein von Zangenextraktion des kindlichen Schädels aus dem Becken nach oben zu resp. nach außen durch die Kaiserschnittswunde sein. Jaeggy hat seine Beobachtung beschrieben in den Verhandlungen der Vereinigten ärztlichen Gesellschaften der Schweiz, 1829, Heft II.

No. 23. Professor Jastrebow entwickelte einen in der Uterushöhle zurückgebliebenen Kopf bei einer Pat., welche wegen Retention des abgerissenen Kopfes in die Warschauer geburtshilfliche Klinik gebracht worden war. (Laut mündlicher Mittheilung.)

No. 24. Jaworowski (Kronika Lekarska 1899, p. 694). Primipara mit engem Becken (Conj. vera von 95 Mill.), verschleppte Querlage der Frucht. Unter Narkose Wendung und Extraktion schwierig, dabei zerriss der Hals zwischen 2. und 3. Halswirbel. Jaworowski schnitt zunächst die Gewebsfetzen der Weichtheile ab, lehrte dann die anwesenden Personen der Familie, den Kindeskopf durch Druck von außen zu fixiren, und legte die Zange an, die Extraktion misslang jedoch. Er schloss also die Perforation an; endlich nach 3 Stunden schwerer Arbeit gelang ihm die Extraktion des kindlichen Schädels. Jaworowski hält die Extraktion des abgerissenen Schädels für eine der schwierigsten und anstrengendsten geburtshilflichen Operationen.

No. 25. Dr. Jawurek, mein allzufrüh seiner rastlosen segensreichen Arbeit entrissener Freund, theilte 1863 ebenfalls einen Fall von Abreißung des kindlichen Schädels mit (Tygnodik Lekarski 1863 p. 107. »Listy z Wyskitek«). Eine Hebamme fand den Kopf so groß, dass die Entbindung nicht vor sich gehen werde, und

machte Gott weiß woraufhin die Wendung auf die Füße. Sie extrahirte dann den Rumpf des Kindes an den Füßen, konnte aber den Kopf nicht herausbekommen. Sie verdoppelte daher ihre Anstrengungen und riss schließlich den Kopf ab, der nur noch durch eine Hautbrücke mit dem Rumpfe in Verbindung geblieben war. Alsdann sagte sie sich: »Genug« und fuhr nach Hause, indem sie die Gebärende ihrem Schicksal überließ. Jawurek wurde am nächsten Tage zu der erschöpften Frau geholt, hatte aber Anfangs kaum den Muth, sich noch hier einzumischen, Angesichts des schlechten Allgemeinzustandes der Gebärenden. Schließlich entschloss er sich doch noch zu einer Intervention, er bohrte den Perforator von Leissnig-Kiwisch ein, der den Vortheil hat, eo ipso den Schädel zu fixiren(?), und extrahirte nach der Excerebration den Schädel; die Frau genas. Das Instrument, schreibt Jawurek, die Trepankrone mit dem vorzudringenden Bohrer, habe ihm in diesem Falle unbezahlbare Dienste geleistet. Jeder erfahrene Praktiker, schreibt Jawurek, weiß, was es heißt, den abgerissenen Kindeskopf herauszubringen, und mit welchen Schwierigkeiten dies verbunden sein kann. Die Kranke genas.

No. 26. Kobyliński (Tygodnik Lekarski 1857, p. 162), in Lübbenhof in Livland seiner Zeit ansässig, beschrieb folgenden Fall: Schädel in utero. Mehrere Weiber hatten bei dem Versuche, das Kind an den Füßen zu extrahiren, den Rumpf vom Schädel abgerissen. Kobyliński konnte kaum dieser Angabe Glauben schenken, denn die Wunde am Halse des Kindes sah aus, wie von einem Messer beigebracht. Kobyliński führte die linke Hand in den Uterus ein durch das klaffende Collum, erfasste mit 2 Fingern den Unterkiefer, drückte mit der rechten Hand von außen auf den Unterleib und versuchte so den Schädel herauszubekommen. Es gelang jedoch nicht. Er versuchte also ein anderes Verfahren. Er schnitzte sich ein Holzstäbchen zurecht, umband dasselbe in der Mitte mit einem Bindfaden, führte es senkrecht gehalten ein und versuchte es, dasselbe senkrecht haltend in die Schädelhöhle einzuführen um es nachher im Schädelinnern quer zu lagern und dann an der Schnur zu ziehen. Da alle Versuche missglückten, so verordnete Kobyliński schließlich den internen Gebrauch einer Arznei, nicht sowohl auf deren Wirksamkeit rechnend als um der Anwendung anderer schädlicher Mittel durch die Bauern vorzubeugen. Am dritten Tage starke Schüttelfröste, hohes Fieber, dabei wurde der Schädel spontan ausgetrieben, und die Frau genas zur großen Verwunderung des Arztes. Am 11. Tage bereits verließ die Wöchnerin das Bett. Die von Kobyliński verordnete Arznei war Wermuth. Am Schlusse seines Aufsatzes empfiehlt Kobyliński den Gebrauch des Wermuths als wehenbeförderndes Mittel unter Anführung eines Falles, wo eine Gebärende es ihm nicht gestattete, manuell die Placenta zu entfernen; nach Gebrauch von Wermuth in Pillen alle Viertelstunden zu 0,25 erfolgte spontane Ausstoßung der Placenta (wäre dieselbe nicht ebenso spontan erfolgt ohne jene Arznei?).

No. 27. Kopczyński (briefliche Mittheilung). 1891 kam eine Bauernfrau bei Lublin am richtigen Schwangerschaftsende zum 3. Male nieder. Fußlage. Der eigene Gatte zog an den Füßen des Kindes, der Rumpf kam heraus, der Kopf aber nicht, es erfolgte eine Zerreißung des Halses, und der Kopf blieb in utero zurück. Kopczyński wurde am 3. Tage darauf geholt, führte einen Haken durch das Foramen occipitale in die Schädelhöhle ein und extrahirte dann den Kopf. Die Frau genas.

No. 28. Kosiński: 7monatliche Retention eines abgerissenen in utero zurückgebliebenen Kopfes. (Siehe Neugebauer, Die Fremdkörper des Uterus. Zusammenstellung von 550 Beobachtungen aus der Litteratur und Praxis, Breslau 1897 und Berlin 1899. S. Karger. No. 87 p. 24.) Ipara, Dystokie, Excerebration sub IIpartu vor 9 Monaten, nach 6tägiger Dauer ein Arzt geholt, Wendung, Extraktion, Kopf abgerissen. Die ganze Zeit hindurch Fieber, jetzt elendes Aussehen. Sonde per vaginam eingeführt weist Knochen nach. Der Kopf lag in einer Höhle, deren Wand, wie sich später zeigte, nur theilweise von der Uteruswand gebildet wurde, die andere Wand fehlte in Folge von Uterusruptur oder Drukusur. Der Kopf war theilweise extra-uterin eingekapselt, von Eiter umspült. Unebener Tumor

die Symphyse überragend. Enges Becken. Conj. vera 6 cm. Wegen Enge des Muttermundes und befürchteter Verletzungen Bauchschnitt. Dabei entdeckt man eine Kommunikation der Höhle, in der der Schädel lag, sowohl mit dem Dünndarme als auch mit dem Dickdarme. Kosiński resecirte das betreffende Dünndarmstück mit zugehörigem Gekröse und vernähte die zuständigen Darmschlingen mit einander. Die Dickdarmfistel ließ Kosiński bestehen, da Resektion wegen Verwachsungen unthunlich erschien. Es blieben also 2 Fisteln des S romanum bestehen, die zu- und abführende Öffnung des Darmes, während die Dünndarmfistel beseitigt worden war. Die entblößten Schädelknochen hatten in das Darmlumen hineingeragt. Tamponade der hinterbleibenden Wundhöhle. Bauchschnitt bis auf den unteren Winkel geschlossen, dort Gaze herausgeleitet. Um den Abfluss des Kothes ex utero einigermaßen zu erleichtern, dilatirte Kosiński den Cervicalstumpf etwas. Zur Kontrolle sub operatione ein Clysma rectale applicirt, das durch Uterus und Scheide wieder abfloss, ohne in die Bauchhöhle zu gelangen. Günstiger Verlauf, Anfangs Kothfluss durch die Vagina. Zweimal täglich Ausspülung. Allmählich spontaner Verschluss der Dickdarmfistel nach dem Uterus zu, es bildete sich aber eine Kommunikation zwischen Dickdarm und Bauchwunde aus, nach Extraktion des Gasestreifens manifest; nach 3 Wochen noch gelangt eine Sonde von der Bauchwunde aus in den Dickdarm, es floss aber kein Koth aus, voraussichtlich in Folge einer Art Klappenbildung durch eine Schleimhautfalte. Genesung und spontaner Verschluss der Dickdarmfistel, sowohl nach der Uterushöhle als auch nach der Bauchwunde zu. Ich fand bei der Untersuchung vor der Operation, bei der ich assistirte, das Collum uteri involvirt, den Muttermund nur wenig klaffend, sub operatione erwies sich ein Defekt der Uteruswand rechterseits. Ob hier eine Ruptur sub partu erfolgt war oder eine spätere Druckusur, konnten wir nicht feststellen, um so mehr als eine genaue Anamnese von Seiten der Kranken, einer schlichten Bäuerin, nicht zu erlangen war. Persönlich halte ich eine Druckusur Angesichts der vorgefundenen Darmfisteln für wahrscheinlicher. Selbstverständlich handelte es sich hier nur um Retention der Schädelknochen, da der Schädelinhalt so wie die Augäpfel, die häutigen Decken und Haare etc. längst theilweise in jauchiger Kolliquation spontan eliminirt worden waren.

No. 29. Kosmaciński (mündliche Mittheilung) theilte mir eine Beobachtung aus der Warschauer geburtshilflichen Klinik mit, welche bisher nicht veröffentlicht wurde. Protokoll No. 628 aus dem Jahre 1895, 8. Jan.). Die 25jährige verheirathete Anna S. wurde Abends um 6½ Uhr aus dem Dorfe Słomków in die Warschauer Klinik gebracht. Die Kranke brachte eine von 2 Ärzten unterschriebene Karte mit, welche den Geburtsverlauf schildert; Geburt begann vor 2 Tagen bei Steißlage; Dorfweiber hatten die Füße herausgeleitet, dann das Kind bis an den Kopf extrahirt, der Kopf riss ab und blieb in utero zurück. Die beiden Ärzte hatten auf verschiedene Weise vergeblich sich bemüht, den Kopf zu entfernen, es gelang weder bei Benutzung von Instrumenten noch mit alleiniger Benutzung der Hand. Desshalb schickten die Ärzte die Frau in die Klinik zum Kaiserschnitt. Zum Schlusse war in der Karte gesagt, die Frucht sei mit Spina bifida behaftet gewesen... Als die Kranke aufgenommen wurde, war sie fieberfrei, Puls aber 132. Bauch aufgetrieben, aber nicht schmerzhaft. Gesicht leicht ikterisch verfärbt. Der Uterusgrund reichte bis an das linke Hypochondrium, Uterus schlecht kontrahirt, die äußeren Geschlechtstheile stark angeschwollen, Scheideneingang stark geröthet. Aus der Scheide hängt die dunkelviolettfarbene Nabelschnur heraus und ergießt sich stinkende Flüssigkeit. In der Höhe der Scheide tastet der Finger den Stumpf des abgerissenen Halses des Kindes, der Schädel liegt in der Beckenhöhle. Der Kopf trat leicht heraus bei Zug an dem Halsstumpfe. Die Extraktion besorgte der Assistent Anufrjew. Die Placenta wurde manuell herausgeholt, der Uterus mit Sublimatlösung (1:3000], dann mit Karbollösung ausgespült. Muttermundslippen an mehreren Stellen eingerissen, besonders die vordere. Seit Beginn der Geburt waren 77 Stunden verflossen. Conjugata diagonalis 10½ cm. Nach der Entfernung des Kopfes 10 Tage lang Fieber bis + 39,5° C. in maximo. Am 7. Tage

Endometritis post partum, Kolpitis gangraenosa, am 12. Tage wurde die Frau geheilt entlassen.

No. 30. Koziejowski und Czerwiński (Ärztliche Gesellschaft in Lublin, siehe Kronika Lekarska 1899 p. 693). Koziejowski wurde am 3. März zu einer Achtgebärenden, einige Kilometer von Lublin wohnhaft, geholt. Die Dorfweiber hatten an den Füßen den Rumpf extrahirt, konnten den Kopf nicht heraus bekommen, wickelten also eine Schnur um den Hals des Kindes und zogen nun darauf los; der Hals wurde durchgerissen, der Kopf blieb, wo er zuvor gewesen. Der Kindeshals ragte ex utero in die Scheide herein. Die Knochenzacken der kindlichen Wirbel waren so scharf, dass man davon Abstand nehmen musste, den Schädel in die Position wie bei erster Schädellage zu bringen, weil dabei eine Verletzung des Uterus befürchtet werden musste. Man legte die Frau auf das Querbett und wollte die Zange anlegen, so wie der Schädel augenblicklich lag, oder erst die Knochenzacken der Wirbel wegschneiden, dann den Kopf zangengerecht einstellen, event. mit Zange oder nach Perforation mit Kranioklast extrahiren. Es erfolgte jedoch, noch bevor die Kranke auf das Querbett gebracht worden war, eine so foudroyante Blutung, dass das Leben zu erlöschen drohte. Koziejowski drang nun sofort längs der Nabelschnur bis zur Placenta vor, löste dieselbe ab und extrahirte sie. Der Uterus zog sich sofort zusammen, so dass eine neue Blutung nicht mehr zu befürchten war. Da Koziejowski wusste, mit welchen Schwierigkeiten die Extraktion des in utero retinirten Kopfes verbunden sein kann, so zog er es vor, die Frau jetzt in das Hospital nach Lublin bringen zu lassen, wo Dr. Czerwiński den Kopf extrahirte.

No. 31. Kupczykow (laut brieflicher Mittheilung durch Herrn Dr. Dabrowski) wurde zu einer schweren Geburt geholt. Andere Ärzte hatten zuvor die Dekapitation gemacht, konnten jedoch den Kopf nicht herausbekommen. Kupczykow gelang die Extraktion verhältnismäßig unschwer, nachdem er die Frau chloroformirt hatte.

No. 32. Larrouture beschrieb eine Beobachtung im 58. Bande des Journal de médecine p. 297 (Referat: Wittlinger's Analekten für Geburtshilfe. Bd. I Heft II., p. 582 No. 55). Ein Arzt machte bei einer rachitischen Frau mit hochgradig verengtem Becken am 3. Tage nach Geburtsbeginn die Wendung auf die Füße und Extraktion und fügte dann, da er den Kopf nicht herausbekommen konnte, die Dekapitation hinzu und schließlich den Kaiserschnitt, wobei er die Harnblase verletzte. Er konnte nur mit großer Mühe den Kopf aus dem Becken herausbekommen, die Frau starb am 7. Tage nach der Operation. Der Name des Arztes ist bei Larrouture nicht genannt.

No. 33. Łazanski (Wiener Medicinalhalle 1860 No. 3, siehe: Monatsschrift für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1862. Bd. XVII. p. 292) beschreibt die spontane Austreibung eines in Folge gescheiterter Extraktionsversuche freiwillig in utero zurückgelassenen Kopfes. Die Hebamme hatte bei einer Fünftgebärenden die Wendung auf die Füße und die Extraktion gemacht. Das Kind drehte sich beim weiteren Durchtritte durch den Beckenkanal mit dem Bauche nach vorn, der Unterkiefer blieb oberhalb der Schambeine hängen, und der Kopf wurde, da mehrere Weiber sich in ihren Bemühungen, das Kind herauszuziehen, ablösten, endlich bis auf eine zwei Linien breite Hautfalte vom Rumpfe des Kindes getrennt. Nachdem ein herbeigerufener Geburtshelfer vergeblich versucht hatte, den Kopf mit der Zange zu fassen, wurde Łazanski geholt. Er fand den Unterkiefer in der Mitte zerbrochen, den Schädel sehr hochstehend und vom Uterus krampfhaft umschnürt, Promontorium leicht zu erreichen. Die Versuche, den Kopf umzudrehen, gelangen nicht, eben so wenig hatte die Perforation des rechten Schläfenbeines bei Anwendung eines durch die Bauchwandungen ausgeübten Gegendruckes Erfolg, da die Wunde zu klein war. Da eine Cephalotribe nicht zur Hand war, so musste die Austreibung des Kopfes der Natur überlassen bleiben, welche denn auch die Geburt nach einigen Stunden mit Schonung der Gesundheit des Weibes beendigte.

No. 34. Lesi (Raccoglitore medico. Forli, 10. Januar 1891) beschreibt einen Kaiserschnitt bei einer 29jährigen Erstgebärenden, ausgeführt wegen Retention

des Kopfes nach Dekapitation. Es wurde die utero-ovarielle Amputation gemacht, die Frau genas.

No. 35. Lesin (Zur Porro'schen Operation; Wratsch 1896 No. 43 (Russisch), siehe Referat: Frommel's Jahresbricht für 1897, p. 980). Geburtsfall in Steißlage, bei welchem am 3. Tage der Geburt von 6 Dorfweibern so stark an dem geborenenRumpfe gezogen wurde, dass der Rumpf abriss. Nach 7 Tagen wurde die Frau mit Kindeskopf und Placenta in utero ins Hospital gebracht, wo wegen Sepsis und Blutung die Porro'sche Amputation gemacht wurde; die Frau genas.

No. 36. Loisnel (Tête de foetus restée trois mois et demi dans l'utérus sans accidents infectieux — Erster Kongress der französischen gynäkologischen Gesellschaft — siehe: Semaine médicale 1892, Vol. XII, p. 175, siehe auch: Report universel d'obst. et de gyn. 1892, p. 207—208). Querlage bei einer Drittgebärenden, Wendung auf einen Fuß, der in die Scheide herabgezogen und abgeschnitten wurde; am nächsten Tage holte der Arzt den zweiten Fuß heraus und schnitt ihn ebenfalls ab, am 3. Tage extrahirte derselbe Arzt den Rumpf und schnitt ihn im Halse ab; da er den Kopf nicht herausbekommen konnte, so hieß er ruhig zu warten und nur täglich desinficirende Ausspülungen machen, die aber nicht gemacht wurden; er sei nicht mehr nöthig. Die Frau nahm ihre häuslichen Arbeiten wieder auf, und erst nach 3 Monaten ging sie, ohne sich eigentlich krank zu fühlen, aber beunruhigt durch das lange Andauern des Wochenflusses, der bei den früheren Entbindungen nur kurze Zeit gedauert hatte, zu Dr. Notta, der über den Befund erstaunte. Er konstatirte eine Vesico-uterinfistel und in utero eine fremde Masse, die wohl der Kinderschädel sein konnte; er zog aus dem Uterushalse einen Kieferknochen heraus und schaffte die Frau ins Hospital, wo er mit Lisieux und Loisnel nach Laminariadilatation allerdings nur langsam und mit großer Mühe mit Knochenzangen und Lithotryptor die sämmtlichen Knochen des Schädelgehäuses entfernte. Erschwert war die Operation, weil sich der Uterus nicht herabziehen ließ. Die Frau hatte bisher keinerlei Infektionsanzeichen gehabt; nach der Operation einige Fieberanfälle, dann Genesung mit Spontanheilung der Utero-cervico-vesicalfistel. Man fand auch eine kleine Recto-vaginalfistel — ein Knochen hatte dieselbe offenbar veranlasst. Herrgott, der mit Interesse die »observation stupéfiante« vernommen von Toleranz des Uterus gegen einen faulenden Kindeskopf, fand bei einer Frau, welche 7 Monate nach der Entbindung an wiederholten Blutungen litt, den Uterus so enorm groß, dass er an ein Fibrom dachte; zu seinem Erstaunen entfernte er eine seit 7 Monaten in toto retinirte Placenta. Boissard hält den Verlauf der von Notta vollzogenen Kur ohne Infektion für eine außerordentlich glückliches Ereignis, er hätte lieber eine brüske Dilatation und Entleerung des Uterus in einer Sitzung vorgenommen. Tarnier hätte auch die Evakuation in einer Sitzung vorgenommen, aber woher soll der Arzt in der Provinz, der nur über Laminaria und Lithotryptor verfügt, die speciellen und vervollkommten Instrumente nehmen, die selbst der Pariser Specialist nicht besitzt und sich vom Instrumentenfabrikanten jedes Mal leiht? Er beglückwünscht also Notta und Loisnel Angesicht ihrer glücklichen Kur.

No. 37. Meissner (Forschungen des 19. Jahrhunderts etc. Theil IV. Leipzig 1833 p. 219; siehe auch: Wittlinger's Analekten für die Geburtshilfe, p. 616, No. 169) erwähnt einen in Leipzig Behufs Entfernung des in utero zurückgebliebenen Kinderschädels ausgeführten Kaiserschnitt. Der Fall, bisher nicht veröffentlicht, soll zu einer Gerichtsverhandlung geführt haben.

No. 38—40. Mende (Von der Abreißung des Rumpfes einer Frucht von ihrem noch in den Geburtstheilen steckenden Kopfe bei Unterstammgeburten und nach Wendung auf die Füße und von der kunstmäßigen Behandlung solcher Fälle. Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde, Bd. IV. Weimar 1829. p. 335—349) erwähnt in seiner gut geschriebenen Schrift 3 eigene Beobachtungen. Eine der Frauen starb in seinen Händen in Folge von Verblutung, als er eben erst den Versuch zu ihrer Rettung begonnen hatte. L. c. p. 339, 340 erwähnt Mende den 3. Fall, zugleich den einzigen in seiner ganzen Praxis, wo bei einer nicht vollends ausgetragenen Frucht bei Extraktion an den Füßen der Rumpf im

Halse vom Kopfe abgerissen worden war. Beiläufig erwähnt Mende hier noch einen interessanten Fall, den ich aber nicht in die Kasuistik zähle, weil der Rumpf noch durch eine Hautbrücke in Verbindung stand mit dem Kopfe. Der Fall wurde im Juni 1825 von ihm beobachtet und ist folgender (l. c. p. 340): C. H. wollte sich Behufs Entbindung, da sie schon am Morgen Wehen gespürt hatte, nach der 2 Stunden vom Dorfe entfernten Kgl. Entbindungsanstalt begeben. Beim Gehen wurden die Wehen stärker, und als sie auf der sog. Masche, dicht vor der Stadt, angekommen war, wurden die Wehen so heftig, dass sie liegen bleiben musste und in Gegenwart von mehreren Weibern, die daselbst Wäsche trockneten, niederkam. Das Kind kam mit den Füßen voran, und die Kreißende äußerte beim Durchgange des Rumpfes und vielleicht auch der Schultern durch Schreien, Aufkratzen des Erdbodens mit den Fingernägeln und Stoßen mit den Füßen heftige Schmerzen. Da der völlige Austritt des Kindes zögerte, so ergriff die Kreißende es mehrere Male und zog nach der Aussage der Zeuginnen sehr kräftig daran, bis diese, die ein knackendes Geräusch dabei vernahmen, sie daran verhinderten und aufhoben, um sie in die Geburtsanstalt zu bringen, wobei die Füße, der Rumpf und die Arme zwischen den Schenkeln herabhingen. Auf dem Wege fiel das Kind jedoch sammt der Nachgeburt aus den Geburtstheilen vollends hervor, und die Mutter brachte es in der Schürze mit sich. Bei einer genaueren Untersuchung der kleinen Leiche zeigte sich, dass der Hals ungemein ausgedehnt und verlängert war, und dass fast alle Halswirbel, vorzugsweise der 3. und 4. aus ihrer Verbindung gerissen und so getrennt waren, dass der Zusammenhang mit dem Kopfe nur durch die weichen Theile unterhalten wurde. Die Frau spürte keinerlei deletäre Folgen dieses traurigen Ereignisses und hatte im Verlaufe weniger Tage ihre Kräfte wieder erlangt.

Mende, der die verschiedenen Fälle analytisch sichtet, wo eine Abreißung des Rumpfes im Halse vom Kopfe vorkommt, sieht die Hauptursache des Vorkommens solcher unglaublicher Ereignisse in dem Mangel rechtzeitig gereichter Kunsthilfe; was er im Jahre 1829 bezüglich Deutschlands schrieb, passt heute genau so auf unsere hiesigen Verhältnisse auf dem Lande. Mursinna hat, als er im Anfange des Jahrhunderts von der preußischen Regierung nach Warschau abgesandt wurde, um die Hebammenfrage in sachgemäßer Weise zu reguliren, im Königreiche Polen 5 Hebammenschulen angelegt, von denen jedoch nur eine einzige, die Warschauer, eine bleibende Existenz hatte, die anderen gingen ein, und erst in den letzten Jahrzehnten wurden ernste Schritte in Polen gemacht, um dem Übel abzuhelfen. Es ist kein Wunder, dass in der heute von mir zusammengestellten Kasuistik leider so viele Fälle gerade auf die geburtshilfliche Praxis in Polen kommen. Ich meine, in Russland mögen sich derartige Vorkommnisse, wie Istomin eines beschrieben, noch öfter ereignen, als bei uns, nur fehlt es bis jetzt an deren Veröffentlichung, die doppelt erwünscht wäre, um an zuständiger Stelle die Reorganisation des sehr schlecht bestellten Hebammenwesens endlich in energischer Weise zu verlangen.

No. 41. Narath (Die operative Behandlung der Dünndarm-Genitalfisteln mit besonderer Berücksichtigung der Darmausschaltung [Archiv für klin. Chirurgie 1897. Bd. LII. Hft. 2]) beschreibt einen Fall vom Zurückbleiben der Hinterhauptsschuppe im Uterus bei stückweiser Entfernung des Schädels eines macerirten Kindes. Es entstand eine Perforation des Uterus mit Bildung zweier Dünndarm-Scheidenfisteln.

Die 32jährige Bauerfrau E. B. in Ungarn hatte 3mal glatt spontan geboren. Das 4. Kind — vor 6 Monaten Entbindung — starb im 9. Monate ab und wurde noch 1 Monat getragen. Ein Arzt entfernte das Kind stückweise und fand nach 3 Tagen, dass noch ein Stück vom Os occipitale im Uterus geblieben sei, konnte es jedoch nicht entfernen, da die Frau jeden Eingriff verweigerte. Lange Zeit Fieber, Ausfluss und nach 6 Wochen schon 2 Stunden nach jeder Mahlzeit Ausfluss dünnen Kothbreies aus der Scheide, später gingen Fötalknochen ab. Es bestand eine Ileo-Vaginalfistel und Jejuno-Vaginalfistel, wie 1893 in Wien festgestellt wurde. N. glückte es, durch eine langwierige, mühsame Kur mit Bauchschnitt

und Ausschaltung der beiden betroffenen Dünndarmschlingen die Frau herzustellen, indem er die 4 Lumina der beiden ausgeschalteten Darmschlingen in die Bauchwunde einnähte und nach verschiedenen Komplikationen endlich zur Verödung brachte.

No. 42. Neugebauer. Am 4. Januar 1898 konsultirte mich die 25jährige A. R., welche vor $1^1/_2$ Jahren das 1. Kind geboren hatte. Entzündliches Infiltrat mit Retractio colli uteri versus latus sinistrum in Folge eines utero-vaginalen Risses linkerseits: lange Narbe. Die schwere Geburt bei Querlage mit vorzeitigem Wasserabflusse soll 24 Stunden gedauert haben. Ein Arzt versuchte die Wendung, wobei eine Hand vorfiel. Dann wurde Dr. Stankiewicz (Lodz) geholt, der sub narcosi die Wendung auf die Füße und Extraktion machte. Der Rumpf riss ab im Halse. Stankiewicz entfernte den in utero retinirten Schädel instrumentell, die Operation soll 2 Stunden gedauert haben.

No. 43. Neugebauer. Bei Extraktion einer todtfaulen syphilitischen Frucht zu Anfang des 6. Schwangerschaftsmonates riss der Rumpf vom Schädel im Halse ab. Manuelle Entfernung. Genesung.

No. 44. Opitz. (Fremdkörper im Uterus [Centralblatt für Gynäkologie 1885, p. 727].) Ein Stück Schädelwand verblieb nach Kranioklasie in utero zurück, ohne das Wochenbett schädlich zu beeinflussen, und wurde nach $2^1/_2$ Jahren gelegentlich entfernt, ohne je zu erwähnenswerthen Beschwerden Veranlassung gegeben zu haben. 30jährige IVpara, zuletzt vor $2^1/_2$ Jahren entbunden und seither regelmäßig menstruirt, gab an, etwas »Fremdartiges« in der »Geburt« zu haben, und klagte über fortwährendes Abgehen eines braunen Schleimes. Uterus normal gelagert, wenig vergrößert, wenig druckempfindlich, Ovarien normal. Der Finger tastet im erweiterten Muttermunde einen scharfkantigen harten Körper, der sich mit einer gebogenen Zange leicht entfernen ließ: es war ein unregelmäßig viereckiges, von Weichtheilen entblößtes, 3 cm langes und $1^1/_2$ cm breites Knochenstück von aashaft stinkendem Geruche, welches augenscheinlich von dem an das Schläfenbein angrenzenden Theile des Scheitelbeines eines Neugeborenen herstammte. Die Geburt vor $2^1/_2$ Jahren war durch Dr. Meyburg wegen engen Beckens bei Schädellage mit Vorfall eines Armes durch die Perforation und Kranioklastextraktion beendigt worden.

No. 45—46. Pełczyński (in Kolno in Polen, laut brieflicher Mittheilung vom 11. November 1898). Dr. P. wurde in Vertretung des Dr. Pełczyński im Oktober 1896 nach dem Städtchen Tykocin geholt, um eine jüdische Erstgebärende zu entbinden. Er bewerkstelligte die Extraktion des Kindes an den Füßen, der Rumpf riss ab, und der Schädel blieb in utero zurück. 8 Stunden später wurde der Schädel von dem später herbeigeholten Herrn Kollegen Vorstädter herausgeholt, die Frau starb jedoch einige Tage nach der Entbindung.

1894 wurde Dr. Hałaczkiewicz zu einer gebärenden Bäuerin Okułow ins Dorf Łopuchowo geholt. Querlage mit Nabelschnurvorfall. Sehr schwere Wendung auf die Füße, Extraktion, der Rumpf riss ab, der Schädel blieb in utero zurück. Da sämmtliche Manipulationen erfolglos blieben und der Uterus sich fest um den Schädel zusammengeschnürt hatte, so ließ Dr. H., der nicht Geburtshelfer von Fach war, Dr. K. aus Białystok holen. Beide Ärzte sollten nach 8 Stunden bei der Kranken eintreffen, sobald der Arzt aus Białystok mit der Bahn eintraf. Das Erstaunen von Dr. H. war groß, als er nach 10 Stunden bei der Kranken wieder eintraf und ihm gesagt wurde, seine Hilfe sei nicht mehr nöthig, denn der Schädel sei 3 Stunden nach seiner Abfahrt spontan ausgetrieben worden bei kräftigen Wehen. Sofort ging auch die Nachgeburt spontan ab. So lange Dr. H. manipulirt hatte an dem Uterus, blieb derselbe krampfhaft zusammengeschnürt, und scheiterten gerade desshalb alle Bemühungen des Arztes. Sowie er aber fortgefahren war, also der Uterus nicht fortwährend durch manuelle Reize zur tetanischen Kontraktion gebracht wurde, traten regelmäßige Wehen auf und trieben den Schädel bald spontan heraus, der dem Arzte so viele Mühe gemacht hatte. Die Frau starb am 7. Tage an Septicopyaemia puerperalis; es fand sich ein tiefer Muttermundseinriss und ein Riss in einer seitlichen Scheidenwand von $1^1/_2$ Zoll Länge.

(Fortsetzung folgt.)

II.

Zur Drainage der Bauchhöhle.

Von

Dr. med. **Robert Füth,**
Spitalarzt in Metz.

Krankengeschichte: Pat., 44 Jahre alt, vor 8 Jahren Abort; seither nie mehr schwanger; Diagnose: Cervixcarcinom, auf Portio übergegriffen; cystische Geschwulst im kleinen Becken. Operation: am 11. Juni 1900, Laparotomie. Nach Entfernung zweier Hydrosalpinxsäcke, welche das ganze kleine Becken ausfüllten und in das große Becken hineinragten, unter sich und mit ihrer Umgebung vielfach verwachsen waren, erfolgte die Exstirpation des carcinomatösen Uterus von oben. Es wurde breit mit Jodoformgaze vom Douglas her durch die Scheide nach außen drainirt. Bei der Entfernung der Gaze am 13. Juni fiel das Netz vor bis in den Scheideneingang. Dasselbe wurde reponirt und die Scheide wieder tamponirt. 14. Juni: Klystier hatte keinen Erfolg, weder Winde noch Stuhl gingen ab. 15. Juni: Gaze gewechselt; Netz fiel nicht mehr vor, Klystier hatte keinen Erfolg. 16. Juni: Hohe Einläufe und Lufteinblasungen in Knie-Ellbogenlage hatten keinen Erfolg. Nachmittags 3 Uhr wurden 3mal halbstündlich 0,3 Kalomel gegeben und die Vorbereitungen zur Operation getroffen.

Bis jetzt war abgesehen von gelegentlichen kolikartigen Schmerzen das subjektive Befinden der Pat. tadellos geblieben. Es war niemals Fieber aufgetreten, der Puls war ruhig und kräftig, bei absoluter Diät in den letzten 2 Tagen hatte sich weder Erbrechen noch Auftreibung des Leibes eingestellt. Nur war durch mechanische Mittel kein Abgang von Flatus noch Fäces zu erzielen. Das Kalomel änderte das klinische Bild gleich. Es traten Erbrechen, Übelkeit und heftige Schmerzen auf. Der Leib wurde aufgetrieben, aber es erfolgte keine Entleerung von unten. Der längst gehegte Verdacht auf Ileus steigerte sich zur Gewissheit; da nach der Sachlage eine mechanische Abklemmung durch den vorgefallenen Netzstrang angenommen werden musste, eine spontane Lösung auszuschließen war, wurde gleich die Operation beschlossen. Darmlähmung durch Peritonitis kam nach dem bisherigen Verlaufe gar nicht in Frage. Durch äußere Gründe (Ausbleiben des Assistenten) verzögerte sich die Operation bis Abends 7 Uhr, und ich gab mich schließlich allein mit einer Schwester an die Wiedereröffnung der Bauchhöhle und Eventeration der geblähten Darmschlingen, welche fast den ganzen Dünndarm ausmachten. Es stellte sich heraus, dass ein Netzstrang im Douglas fest verklebt und straff gespannt war und eine Ileumschlinge abgeklemmt hatte. Es gelang leicht, das Netz zu lösen und die fixirte Schlinge aus dem kleinen Becken heraus zu holen. Die Schnürstelle am Dünndarme war derart, dass eine Gangrän noch nicht zu erwarten war, andererseits aber die sofortige Operation durchaus berechtigt erschien. Eine spontane Lösung wäre nicht möglich gewesen, und längeres Zuwarten hätte binnen kurzer Zeit unfehlbar zur Perforation geführt. Es gelang nur zum Theil, den Inhalt der abgeklemmten Schlingen durch die Strikturstelle in den kollabirten leeren Dickdarm zu schieben. Weil die Reposition des ganzen stark gefüllten Dünndarmes unmöglich erschien, wurde an 2 aus der Bauchhöhle heraushängenden tiefsten Darmschlingen links und rechts eine Incision gemacht und der Darminhalt entleert. Hierbei konnte eine Beschmutzung der Hände, Instrumente, Tücher, Unterlagen nicht vermieden werden. Nach erfolgter Darmnaht und sorgfältiger Desinfektion wurde der Darm reponirt. Mit Rücksicht auf die Verunreinigung der Darmschlingen und des ganzen Operationsgebietes und namentlich der Hände, welche bei der Reposition mit der Serosa des Darmes in vielfache und innigste Berührung kamen, wurde von jeglicher Naht der Bauchdeckenwunde abgesehen, letztere vielmehr mit Jodoformgaze und steriler Gaze in ihrer ganzen Ausdehnung tamponirt. Die Hautränder wurden darüber durch 2 in Schleifen geknotete Seidennähte einander bis auf einen 2 Finger breiten Spalt näher ge-

bracht. Hierdurch wurde die Gaze fixirt und ein Heraustreten von Darmschlingen verhindert, ohne die Wirkung der Drainage zu schädigen.

Der Ausgang war ein günstiger. Die Verbandgaze musste wegen der überaus starken Sekretion 2mal täglich gewechselt werden. Der Tampon selbst wurde erst am 8. Tage vollständig entfernt. Pat. bekam 3mal täglich 20 Tropfen Opiumtinktur. Trotzdem stellten sich übermäßige Diarrhöen ein, welche die Verabreichung noch anderer Antidiarrhoica nothwendig machten. Der Puls, welcher am Schlusse der Operation 125 betrug und ziemlich elend geworden war, hob sich bald wieder Fieber stellte sich nicht ein. Nach 14 Tage wurde versucht, die Wundränder durch Heftpflasterzug zu vereinigen. Zum ersten Male trat Fieber auf durch Retention des Wundsekretes. In Folge dessen wurde für die nächste Zeit von einer sekundären Naht der Bauchdecken abgesehen, und nach weiteren 14 Tagen hatte die Wunde sich so verkleinert — die Därme waren zurückgetreten — dass beschlossen wurde, die ganze Wunde per granulationem heilen zu lassen.

Pat. wurde am 17. August entlassen.

Dieser Fall gab mir bezüglich der Drainage der Bauchhöhle in mehrfacher Hinsicht Stoff zum Nachdenken. Es ist wohl sicher, dass durch die Drainage vom Douglas'schen Raume durch die Scheide nach außen der Vorfall des Netzes und dadurch der Ileus herbeigeführt wurde.

Ich habe bisher bei allen Totalexstirpationen (wegen Myom, Carcinom oder Adnexerkrankungen) mit bestem Erfolge, wie oben geschehen, drainirt. Außer diesem vorliegenden Falle habe ich noch einmal nach der Totalexstirpation eines Myoms einen Vorfall des Netzes bis in die Vulva beobachtet, der nach Reposition des Netzes anstandslos verlief. Ich hatte daher allen Grund, mit dem Verfahren zufrieden zu sein, und änderte dasselbe nicht, obgleich von vielen Seiten die Naht des Peritoneums befürwortet wurde, da ich auf die Drainage bezw. Trockenlegung des Operationsgebietes einen sehr großen Werth lege, zumal man es bei den hier gegebenen Verhältnisse so leicht haben kann. Es ist ersaunlich, welche Quantität von Wundsekret am ersten Tage und auch später noch durch die Drainage nach außen gefördert wird, und ich kann mir unmöglich denken, dass der Reiz, welcher durch die relativ kleine Berührung des Tampons mit dem Peritoneum gesetzt wird, allein eine solche Sekretion hervorrufen kann, sondern sage mir, dass der durch die Operation gesetzte Reiz diese Sekretion zum weitaus größten Theile hervorruft und dass, wenn ich nicht drainirt hätte, das Sekret nothwendigerweise in der Bauchhöhle zurückgeblieben wäre und zu Erscheinungen geführt hätte, welche einen glatten Wundverlauf wohl hätten stören können.

Noch viel auffälliger tritt diese massenhafte Sekretion auf, wenn man von der Laparotomiewunde aus drainirt. Ich konnte außer dem beschriebenen Falle zufällig in der letzten Zeit eine ganze Reihe solcher Beobachtungen bei chirurgischen Fällen machen. So habe ich z. B. in 3 Fällen von Appendicitis, welche während des Anfalles operirt werden mussten, die ganze Wunde offen gelassen und die große Bauchhöhle in breitester Weise drainirt. Ferner konnte ich in den letzten Wochen 2 Fälle von Stichverletzung des Bauches beobachten. In beiden Fällen handelte es sich um einen Prolaps

von 1—$1^{1}/_{2}$ m Dünndarmschlingen; in dem ersten Falle resecirte ich 30 cm Dünndarm, im zweiten Falle musste ich den Darm an 3 Stellen zunähen. Die Darmschlingen waren durch Koth und von außen dazu gekommenen Schmutz stark verunreinigt. Die Operation des ersten Falles fand 14 Stunden, die des zweiten Falles 6 Stunden nach der Verletzung statt. Ich habe in beiden Fällen die vorgefallenen Schlingen nach Kräften gereinigt (mit Sublimat abgewaschen und mit steriler Gaze trocken getupft), reponirt und breit drainirt, nachdem ich die vorhandene Stichöffnung in den Bauchdecken auf das Drei- und Vierfache erweitert hatte. Beide Fälle sind glatt geheilt[1]. 2 andere Fälle von Stichverletzung des Bauches (welche bei der großen Anzahl italienischer Arbeiter in Lothringen ziemlich häufig vorkommen), die ich in der Weise behandelte, dass ich nach Darmnaht, Reinigung, Reposition der Schlingen die Bauchdecken ganz oder so weit schloss, dass nur ein dünner Jodoformgazedocht eingeführt wurde, starben an Peritonitis, eben so ein Fall von Ileus. Ich bin überzeugt, dass ich nur der offenen Behandlung der Bauchhöhle den günstigen Ausgang der oben genannten Fälle verdanke; beweisen lässt sich das natürlich nicht.

Man wird einwenden, dass die Fälle von Appendicitis nicht hierher gehören, da es sich um ein krankes Peritoneum handelte, eben so dass bei den anderen Fällen sicher eine makroskopische Infektion des Peritoneums vorhanden war. Eine solche lag auch in dem oben beschriebenen Falle von Ileus vor und kann leicht eintreten in ähnlichen Fällen von Ileus, deren operative Behandlung bisher eine recht schlechte Prognose bietet, oder wenn man z. B. gezwungen ist, ein jauchendes Carcinom der Portio von oben zu operiren. In solchen Fällen möchte ich die breite Drainage bezw. offene Behandlung der Bauchhöhle warm befürworten, event. also im ersten Falle die ganze Bauchdeckenwunde offen lassen und ausstopfen — dabei ist es nicht ausgeschlossen, die Haut der Bauchdecken über dem Tampon durch Situationsnähte einander zu nähern — oder im zweiten Falle die ganze Scheide bis in den Douglas ausstopfen.

In reinen Fällen, wo eine makroskopische Verunreinigung ausgeschlossen ist, werde ich, um einen Prolaps und sekundären Ileus zu verhüten, das Peritoneum schließen, und wenn die Scheide eröffnet wurde (Totalexstirpationen), den geöffneten Bindegewebsraum von der Peritonealnaht im kleinen Becken nach unten bis in die Scheide und nach außen drainiren, wie es z. B. von Bardenheuer empfohlen wurde[2].

---

[1] Die Frage, ob sich Bauchbrüche bilden werden, muss ich natürlich noch offen lassen. Beide Fälle sind erst kürzlich operirt. Jedenfalls trat diese Frage bei der Wahl des Verfahrens gegenüber der Indicatio vitalis in den Hintergrund. Im ersten Falle traten trotz 3mal täglich 20 Tropfen Opiumtinktur starke Diarrhöen auf. Im zweiten Falle wurde nur am ersten Tage Opium gegeben. Diarrhöen wurden nicht beobachtet.

[2] Bliesener, Die abdominale Radikaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IV.

Die offene Behandlung der Bauchhöhle hat mir in letzter Zeit so gute Dienste geleistet, dass ich mich veranlasst fühlte, derselben hier Erwähnung zu thun, um vielleicht eine Aussprache zu veranlassen.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Verhandlungen der britischen Gesellschaft für Gynäkologie.

(Brit. gyn. journ. 1900.)

C. Ryall legt das Präparat eines von ihm entfernten Mastdarm- und Scheidenkrebses vor. Derselbe erstreckte sich 3 Zoll hoch in den Mastdarm und war auf die hintere Scheidenwand übergegangen. Die Theile waren beweglich, und es fanden sich keine Metastasen. Kraske's Operation, glatte Heilung.

H. Snow zeigt einen myomatösen Uterus vor, welchen er mit Erfolg operirte.

S. Sunderland ein subseröses Myom, welches er durch Bauchschnitt entfernte, und eine große Hydronephrose, welche eine Eierstockscyste vortäuschte und ebenfalls durch Bauchschnitt erfolgreich beseitigt wurde.

B. Jesset berichtet über eine Anzahl von ihm operirter Fälle.

A. Lapthorn Smith (Montreal) spricht über Hernien nach Bauchschnitt. Er fasst seine Ansicht in folgende Sätze zusammen:

Hernien sind eine häufige Komplikation nach Bauchschnitt, welche geeignet ist, andere Kranke, welche der Operation bedürfen, abzuschrecken, und welche vermieden werden kann, wenn man die Nähte einen vollen Monat liegen lässt, bei mageren Personen, wo es sich um durchgehende handelt, oder wenn man versenkte Nähte anlegt, dieselben aus einem nicht resorbirbaren Materiale wählt — die Drainage ist zu vermeiden, oder falls sie nicht zu umgehen, durch die Scheide anzulegen.

Die Nähte sind sehr sorgfältig anzulegen und schon vor dem Bauchschnitte die Punkte, wo sie angelegt werden sollen, zu markiren. Es ist Sorge zu tragen, dass kein Theil des Bauchfelles zwischen Muskel und Fascien kommt.

Kleine Hernien lassen sich leicht zur Heilung bringen durch eine versenkte Tabaksbeutelnaht, bei größeren wird der Ring gespalten und die Recti in voller Ausdehnung bloßgelegt und durch versenkte Nähte vereinigt. Solche Kranke brauchen nicht länger als 2 Wochen zu liegen und bedürfen keiner Bauchbinde.

Macnaughton-Jones und Ryall legen Präparate vor, dann hält Furneaux Jordan (Birmingham) einen Vortrag über spätere Erfolge der Entfernung der Anhänge und der Gebärmutter.

J. hat mit großer Mühe und Sorgfalt das weitere Schicksal seiner von ihm im Frauenhospital zu Birmingham operirten Kranken verfolgt und interessante Thatsachen festgestellt. Seine operative Thätigkeit datirt seit dem Jahre 1893 Bis September v. J. hat er 43mal beide Anhänge entfernt mit 3 Todesfällen. Von 38 hat er spätere Nachricht; bei denselben bestanden in 8% sehr schwere, in 12% schwere Ausfallserscheinungen. Je jünger die Kranken waren, um so heftiger traten dieselben auf.

In 10 Fällen bestand die Menstruation nach der Operation weiter; in allen diesen Fällen fanden sich ausgedehnte Verwachsungen, so dass es leicht möglich ist, dass etwas vom Eierstocksgewebe zurückblieb.

Nur in 2 Fällen zeigte sich der Geschlechtstrieb vermindert.

In Betreff des Allgemeinbefindens stellte J. fest, dass in den meisten Fällen nach kürzerer oder längerer Periode der Beschwerden vollständiges Wohlbefinden sich zeigte.

J. betont, dass er in der letzten Zeit seltener wegen entzündlicher Affektionen der Anhänge operirt und häufiger allgemeine Mittel, Ruhe etc., in Anwendung zieht.

In 24 Fällen hat J. wegen Myom die Hysterektomie oder die Entfernung der Anhänge gemacht und zwar erstere 7-, letztere 17mal, mit 1 Todesfalle. Die Wirkung der letzten Operation auf die Geschwulst war gut, nur in 2 Fällen musste nachträglich noch der Uterus entfernt werden, in allen anderen verschwand die Geschwulst vollständig.

Die Ausfallserscheinungen waren hier viel geringer als bei Entfernung der Anhänge wegen Entzündungen; das Allgemeinbefinden ausnahmslos gut.

Snow, Purcell, Ryall berichten über Fälle von Myomotomie, von welchen 2 unglücklich verliefen.

Purcell bemerkt in der Diskussion, dass Jüdinnen schlechte Objekte für Operationen seien, wie bereits Sir Andrew Clark betonte, der rieth, Jüdinnen nur im äußersten Nothfalle zu operiren.

R. H. Hodgson theilt einen Fall von tuberkulöser Bauchfellentzündung mit, welcher einen Tumor vortäuschte. Operation. Heilung.

James Oliver hält einen Vortrag über »Physico-chemische Veränderungen in ihrer Beziehung auf die Bildung von Lageveränderungen der Gebärmutter«.

O. zeigt, dass die Turgescenz des Uterus und des Bauchfelles in direkter Beziehung steht zu der Prädisposition zu Lageveränderungen.

E. Doyen (Paris) giebt auf Einladung der Gesellschaft seine kinematographischen Darstellungen verschiedener gynäkologischer Operationen.

Nach Rechnungsablage durch den Rechner der Gesellschaft hält der zurücktretende Vorsitzende Macnaughton-Jones seine Abschiedsrede über: Geschlechtsthätigkeit, Geistesstörungen, Verbrechen.

Er resumirt seinen interessanten Vortrag in folgenden Leitsätzen:

1) Die Abhängigkeit von Geistesstörungen von Genitalleiden ist eine Thatsache, welche bei der Behandlung solcher Kranker immer im Auge behalten werden muss.

2) Es ist daher in allen solchen Fällen eine sorgfältige Untersuchung, wenn nöthig in der Narkose, nicht zu unterlassen.

3) Bei der Beurtheilung von Verbrechen, von Frauen begangen während der Menopause oder der Menstruation, ist auch Gewicht auf die Störungen zu legen, welche etwa bei denselben sich zeigen. Auch die Anamnese und das Temperament der Frau ist zu beachten.

4) Die speciellen Gefahren der Klimax und die Symptome drohender klimakterischer Manie sind zu berücksichtigen.

5) Nach gynäkologischen Operationen besteht eine größere Neigung zu Geistesstörungen als nach anderen, jedoch sind dieselben in den meisten Fällen vorübergehende.

6) Frauen, welche bereits an Geistesstörungen gelitten haben, sind der Gefahr eines Recidivs ausgesetzt bei eintretenden gynäkologischen Leiden und nach Operationen.

7) Finden sich Erkrankungen der Genitalorgane bei Geistesgestörten, so sind dieselben zur Heilung zu bringen, event. durch einen operativen Eingriff.

A. Giles berichtet über einen Fall von Uterusmyom, bei welchem zeitweise Glykosurie auftrat, nach der subperitonealen Hysterektomie verschwand dieselbe vollständig.

Purcell: Fall von stark ausgedehnter Pyosalpinx der rechten Seite, die linke Tube ebenfalls verdickt; der Uterus wird subperitoneal entfernt, da alle Theile innig verwachsen waren.

In der Diskussion wird von mehreren Seiten bemerkt, dass in solchen Fällen von ausgedehnten Verwachsungen eine Incision von der Scheide aus mit Drainage eher indicirt sei, als Entfernung des Uterus.

W. Ramsay: Fall von chronischer totaler Inversion der Gebärmutter. Besteht seit 14 Jahren. Der ganze Uterus, welcher normale Größe hat, ist invertirt. Wird entfernt. Heilung.

Der neue Vorsitzende W. J. Smyly (Dublin) hält seine Antrittsrede über: Unterricht in Geburtshilfe und Gynäkologie.

Stanmore Bishop (Manchester) berichtet über eine Anzahl interessanter operativer Fälle, u. A. einen Fall von Pyosalpinx, welcher unter den Erscheinungen einer Appendicitis verlief. Plötzliche heftige Schmerzen in der rechten Seite, vermehrt durch Druck, Erbrechen, Konstipation, Dämpfung vom Poupart'schen Bande bis zur Nabelhöhe. Die innere Untersuchung zeigte, dass es sich um Pyosalpinx handelte.

Macnaughton-Jones: Cyste der rechten Mesosalpinx. Die Geschwulst liegt nach oben und der linken Seite zu, Eierstock in normaler Lage, die ausgedehnte Tube im Douglas; Kolpotomie; Heilung.

W. Walter (Manchester): Fall von akuter Entzündung eines subperitonealen Uterusmyoms bei einer 4monatlichen Schwangeren. Die Geschwulst hatte die Größe einer Orange und war im Begriffe, sich vom Uterus loszulösen; die peritoneale Decke war durchbrochen und die Muskelfasern, welche die Geschwulst mit dem Uterus noch verbanden, waren nekrotisch und ließen sich leicht mit dem Finger ablösen. Glatte Heilung.

Bowreman Jessett: Mehrere Fälle von Hysterektomie wegen Carcinom und Myom.

Macnaughton-Jones: Degenerirtes Myom. Bei einer Geschwulst, welche J. durch supravaginale Hysterektomie entfernte, fand sich im Inneren eine mukoide Masse, umgeben von einer Zone der Verkalkung.

Weiter zeigt derselbe ein Cystosarkom des Eierstockes und einen Fall von Salpingitis.

R. Wozzell berichtet über einen Fall von Schwangerschaft, komplicirt durch Uterusmyom und eine Ovariencyste.

Da das Myom im Becken lag und eine Geburt per vias naturales unmöglich macht, wird zur Operation geschritten. Hierbei zeigt sich, dass in der linken Seite sich eine Eierstockscyste befand, welche hinter dem Colon lag und eine Nierencyste vorgetäuscht hatte. Die Geschwulst bestand aus dem im 4. Monate schwangeren Uterus, in welchem sich zahlreiche Myome fanden, welche sich subperitoneal nach vorn und seitwärts entwickelt hatten. Glatte Heilung.

Er beschreibt die Methode von Watson, nach welcher er operirte und welche darin besteht, dass keine Zeit mit Entwicklung der Geschwulst verloren wird, noch mit Lösung von Adhäsionen, sondern dass direkt auf die runden Mutterbänder losgegangen wird, dieselben unterbunden und durchtrennt werden; dann wird die Serosa zwischen beiden durchtrennt und eben so diejenige nach dem einen breiten Mutterbande führende; dieselbe wird doppelt gefasst, durchtrennt und die Gefäße isolirt unterbunden. Durch die Durchtrennung der runden Mutterbänder wird die Operation in hohem Grade erleichtert.

Inglis Parsons hält einen Vortrag über die parasitische Theorie des Krebses, als Grundlage für die Behandlung.

Er erwähnt, dass neuerdings von San Felice u. A. im Krebse ein Pilz gefunden und kultivirt wurde, welcher bei niederen Thieren eingeimpft, eine dem Adenocarcinom ähnliche Geschwulst hervorruft. Dieser Pilz soll zur Gruppe der Saccharomyceten gehören. P. weist nun nach, dass alle Lebensbedingungen desselben sich im menschlichen Organismus finden, und weiter, dass die vom Krebs bevorzugten Stellen diese Bedingungen in besonders hohem Grade zeigen. Er ist daher überzeugt, dass der Saccharomyces die Ursache des Krebses ist. Die jetzige Behandlung desselben mit dem Messer erscheint ihm durchaus nicht als eine ideale, und er sucht nach Mitteln, ihn durch innere Mittel zu bekämpfen. Einzelne Salze vermögen die Entwicklung des Saccharomyces zu verhindern, wie Kali aceticum, Natron sulfuricum u. A. Darauf basirte P. seine Versuche, die er mit schwefelsaurem Calcium in kleinen Dosen begann, doch ohne Erfolg; dann ging er zu Natron salicylicum über, dessen gärungswidrige Eigenschaften bekannt sind. Diese Versuche sind noch im Gange. P. weist weiter darauf hin, dass auf anderem

Wege noch das Ziel erreicht werden könne, vielleicht durch Einspritzung eines Toxins aus irgend einem dem Saccharomyces feindlichen Mikroben oder auch durch Anregung der Phagocytose, worauf wohl die Wirkung der Einspritzung von Methylenblau, Alkohol und anderen Präparaten zurückzuführen ist, es müsste nur eine allgemeine anstatt der hierdurch bewirkten lokalen Wirkung erzielt werden können. Jedenfalls sollen wir uns nicht durch Misserfolge entmuthigen lassen, noch weniger durch feindliche Kritik unserer Kollegen.

Die Kollegen stehen diesen Ausführungen sehr skeptisch gegenüber.

Präparate werden vorgezeigt und darüber berichtet:

Walter (Manchester): Myom durch Enukleation per vaginam entfernt.

Edge (Wolverhampton): Zwei Myome.

Ramsay (Bournemouth): Uterus mit zahlreichen fibro-cystischen Geschwülsten durchsetzt und ein Papillom des Eierstockes, welches durch die Tube in den Uterus hineingewuchert war.

H. Snow: Zwei Fälle von Mastdarm-Scheidenkrebs.

J. M. Lawrie hält einen Vortrag über die Indikation für Entfernung der Anhänge.

L. theilt seine Erfahrungen mit, welche auf einem Materiale von 43 Fällen basiren. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die Anhänge sind zu entfernen: bei chronischer Oophoritis, Salpingitis und cystischen Erkrankungen der Eierstöcke, wenn alle palliativen Mittel keine Besserung der Beschwerden bringen; bei Pyosalpinx, Ovarialabscess; bei Uterusmyom, wenn die Kranke durch lange Blutungen erschöpft ist, so dass die Hysterektomie zu gefahrvoll erscheint; bei Tubenschwangerschaft. Einfache Neurose ohne nachweisbare organische Erkrankung darf nie eine Indikation für die Operation sein. Einfache Punktion und Resektion der Eierstöcke und Tuben ist meistens ungenügend. Bei Pyosalpinx ist der Bauchschnitt dem Wege durch die Scheide vorzuziehen.

Newham (Bristol): Fall von Uterusmyom.

Elder (Nottingham): Eierstockscyste.

J. F. Jordan: Sieben verschiedene Präparate.

Diskussion über den Vortrag von Lawrie aus der vorigen Sitzung. An derselben betheiligen sich Jones, Routh, der gegen die Indikation der Operation bei Entzündungen der Anhänge Verwahrung einlegt; Elder spricht sich im gleichen Sinne aus, jedenfalls sei große Vorsicht nothwendig und so viel zu erhalten, wie möglich; eben so Bishop (Manchester); F. Jordan (Birmingham) bekennt sich zum weitestgehenden Konservatismus. Kein Fall sollte operirt werden, wenn nicht eine nachweisbare Erkrankung besteht; zu dem Zwecke sei oft eine Probeincision nothwendig. In gleichem Sinne äußert sich Bland Sutton, der bei chronischer Salpingitis operirt, wenn große, dünne Eitersäcke sich finden; bei Tubo-Ovarialabscessen; bei dünnwandiger Hydrosalpinx. Er hat seit November 1895 94 Fälle im Chelsea-Frauenhospitale operirt ohne einen Todesfall.

Jessett stimmt Lawrie vollständig bei. Skene Keith tritt für Anwendung der Elektricität ein. Edge bekennt sich zum konservativen Verfahren, eben so Ryall; Giles stimmt im Wesentlichen Lawrie bei, welcher in dem Schlussworte sich dagegen verwahrt, dass er jeden Fall von Salpingitis operativ behandele. Nur wenn alle Mittel erschöpft seien, dürfe zum Messer gegriffen werden.

Engelmann (Kreuznach).

Neugeborenes.

2) **R. Bunzel** (Prag). Atresia hymenalis mit Schleimretention bei einem Neugeborenen.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 30.)

6 Stunden altes Kind, sonst gut entwickelt. Zwischen den Labien drängt sich das Hymen als kirschgroße, gelbliche, trockene, fein vaskularisirte Geschwulst

vor, beim Schreien bis zu Taubeneigröße anwachsend. Bei Druck lässt sich die Geschwulst vollständig zum Collaps bringen, dabei konstatirt der kleine bequem in das Becken einzuführende Finger eine Erweiterung der Geschlechtstheile oberhalb der Atresie. Operation wurde verweigert. Am 8. Tage trat spontan eine Perforation ein mit Entleerung von milchig getrübtem, schleimigem Inhalte. Die Geschwulst war seitdem verschwunden, das Hymen zusammengefaltet, eine Einstülpung desselben mittels des Fingers gelang nicht mehr. **Piering** (Prag).

3) **E. Alfieri** (Pavia). Bildungsfehler des Herzens und der großen Gefäße als Todesursache bei einem Neugeborenen.

(Annal. di ost. e gin. 1900. Januar.)

Das frühgeborene Kind, bei dem die Auskultation intra partum ein deutlich blasendes Geräusch hatte wahrnehmen lassen, kam leicht asphyktisch zur Welt; es wurde mit leichter Mühe wieder belebt und starb nach 3 Tagen. Unmittelbar nach der Geburt so wie auch gegen Ende des Lebens wies es eine stark cyanotische Färbung an Lippen und Nase auf, während es in der Zwischenzeit, so lange die Athmung regelmäßig war, ein nahezu normales Aussehen hatte. Die Autopsie ergab, außer hämorrhagischen Infiltrationsherden in beiden Lungen, folgenden Befund am Herzen: Die großen Arterienstämme (Aorta und Pulmonalis) entspringen beide aus der rechten Hälfte des Ventrikelraumes; das Septum zwischen den beiden Kammern fehlt nahezu völlig, mit Ausnahme eines kleinen Rudiments an der hinteren Ventrikelwand. Die aufsteigende Aorta ebenso wie der Bogen weisen eine erhebliche Stenose auf (Kaliber von ca. 5 mm), während die A. pulmonalis und der Ductus arteriosus Bot. ein auffallend weites Lumen haben. Endlich ist die Anordnung der Atrio-Ventrikularklappen eine leicht abnorme: an der Mitralis finden wir einen äußeren und inneren (statt vorderen und hinteren) Zipfel, während die Tricuspidalklappe einen vorderen, hinteren und äußeren Zipfel erkennen lässt. Die beiden Vorhöfe zeigen normales Aussehen; das Foramen ovale ist durchgängig, aber von der Klappe völlig verschlossen. Verf. erklärt die pathologischen Befunde am Herzen als Folge einer primären Entwicklungshemmung (unvollkommene Verschiebung des primitiven Bulbus arteriosus nach der Medianlinie zu). Das auffallend weite Lumen der Pulmonalarterie wäre dann als eine Folge des Mangels eines Septum aufzufassen, indem die Blutmasse vorzugsweise in diese Arterie hineingeworfen wird. Die beschriebenen Bildungsfehler machten, im Vereine mit der Unreife des Kindes, ein weiteres Leben unmöglich.

H. Bartsch (Heidelberg).

4) **Porter** (Brooklyn). Peritonitis beim Fötus.

(Philad. med. journ. 1900. Juli 21.)

P. fand als Ursache einer beträchtlichen Geburtsverzögerung den Leib der todtgeborenen Frucht stark aufgetrieben. Die Bauchhöhle war mit braun-grüner Flüssigkeit angefüllt, die Därme waren mit einander verlöthet, Gekröse und Bauchfell stark hyperämisch, so dass die Annahme gerechtfertigt war, dass der Fötus eine Bauchfellentzündung hatte. Irgend eine Ursache konnte nicht dafür aufgefunden werden. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

5) **Wright and Wylie.** Inclusio foetalis bei einem 3monatlichen Kinde durch Laparotomie entfernt.

(Brit. med. journ. 1900. No. 17.)

Das Abdomen des Mädchens war ungemein stark ausgedehnt, und die Mutter gab an, dass sich nach der Geburt die Geschwulst vergrößert habe. Bei einer Punktion wurden über $1/2$ Liter einer klaren, gelben Flüssigkeit entleert, die eiweißhaltig war. Nach 14 Tagen hatte der Tumor die frühere Größe wieder gewonnen, und man entschloss sich zur Operation. Die Enukleation des Tumors war leicht, nur das Quercolon und das absteigende Colon mussten von der Kapsel abgeschoben werden. Die Sektion des bald nach der Operation gestorbenen Kindes

zeigte, dass Nieren, Nebennieren, Ovarien völlig normal waren. Einen Stiel hatte die Geschwulst nicht gehabt, sondern nur Verwachsungen mit den umliegenden Organen.

Ballantyne untersuchte den Tumor. Der solide Theil war auf der einen Seite mit Haut, auf der anderen Seite, die nach der Cyste sah, mit Darmschlingen bedeckt. B. nennt die erstere Fläche für die Folge Epiblast und letztere Hypoblast. Mikroskopische Schnitte der Därme zeigten charakteristische Drüsen, Epithelien und Zotten, wenn auch nicht völlig entwickelt. Die solide Masse enthielt Fett und Knorpel mit beginnender Ossifikation an einzelnen Stellen. Über die Beziehungen der Cyste zum Tumor äußert sich B. sehr reservirt. Wahrscheinlich bedeckte der Cystenwall die Därme, welche an einzelnen Stellen noch mit einer zarten, durchscheinenden Haut bedeckt sind. Die Wandung der Cyste zeigte weder epitheliale noch endotheliale Bekleidung. B. hält den Tumor für einen intraabdominalen »Foetus in foetu«, und zwar für einen Foetus amorphus. Etwa 30 ähnliche Fälle weist die Litteratur auf. Die Cyste kann von der Nabelblase stammen, wahrscheinlicher aber ist es, dass von den umliegenden Geweben durch den Reiz eine falsche Kapsel gebildet wurde. **Rissmann** (Osnabrück).

Verschiedenes.

6) **R. Jardine** (Glasgow). 3 Fälle von Septicaemia puerperalis von ungewöhnlichem Ursprunge.

(Glasgow med. journ. 1900. April.)

I. Tod durch Septikämie bei Panaritium, 53 Stunden p. p. Das Panaritium war geöffnet und die bestehende Lymphangitis im Zurückgehen. 2 Tage nach der Incision Aufhören der Kindesbewegungen, folgenden Tags sehr rasche Geburt, septikämische Erscheinungen, Tod. Ob die Sepsis oder die hohe Temperatur das Absterben des Kindes veranlasste?

II. Kreißende, 5 Tage nach Geburtsbeginn, mit völlig verjauchter Scheide, durch Hebamme inficirt, eingebracht; Perforation des putriden Kindes. Tod fast unmittelbar p. p.

III. Alter perinephritischer Abscess mit Durchbruch nach dem Peritoneum, durch das Zwerchfell und in die Scheide, der weder lokale Beschwerden gemacht, noch den vorzüglichen allgemeinen Ernährungszustand irgendwie beeinträchtigt hatte. Tod 3 Tage nach Ausstoßung eines 4monatlichen Fötus. Das Innere des Uterus war bei der Autopsie völlig gesund.

Ob Fall II eine Septicämie mit außergewöhnlichem Ursprung, und ob Fall I und III mit Recht puerperale Septikämien genannt sind, darüber lässt sich am Ende streiten. **Zeiss** (Erfurt).

7) Untersuchungen über die Ätiologie maligner Neubildungen.

(Brit. med. journ. 1900. September 29.)

Der Bericht der Kommission ist veröffentlicht. In den Landschaften Warwickshire und Staffordshire beträgt die Sterblichkeit im Durchschnitt 0,58%. Einzelne Bezirke haben wesentlich höhere Zahlen. Schlecht drainirter, verunreinigter Boden hat oft erhöhte Sterblichkeit, worauf es auch wohl beruhen dürfte, dass man »Krebshäuser« nachweisen konnte. Einzelne Anzeichen ergaben sich für die Annahme, dass unter gewissen Umständen die Erkrankung direkt von Person zu Person übertragen werden kann. **Rissmann** (Osnabrück).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. Sonnabend, den 23. Februar. 1901.

Inhalt.

I.

70 Beobachtungen von schwieriger Entfernung des kindlichen Schädels oder einzelner Knochen desselben ex utero bei mehr oder weniger protrahirter Retention nach Dekapitation oder Abreißung des Rumpfes vom Schädel bei Extraktion des Kindes an den Füßen.

Mitgetheilt von

Franz Neugebauer in Warschau.

(Fortsetzung und Schluss.)

No. 47. **Purslow.** 34jähriger Xpara, die letzten 4 Kinder vorzeitig todt geboren bei Extraktion unter Chloroform. 8. December 1889 vorzeitiger Wasserabfluss, 10. December 1889 Fußvorfall, bei Extraktion des Rumpfes sub narcosi reißt er ab, Kopf bleibt in utero. Nach mehrfachen Versuchen gelang P. die manuelle Extraktion. Genesung.

No. 48. **Purslow.** An account of four cases in which separation of the aftercoming head occurred during delivery and of the means used to extract the head (British med. journ. 1895. Vol. I. p. 129—130).

Im 2. Falle, der fast identisch war, im Queen's Hospital gelang die Extraktion mit einer gezähnten Zange: »vulsellum forceps«. Genesung.

No. 49. Künstlicher Abort im 5. Monate bei einer IIIgravida. Erst Laminaria, nach 12 Stunden unter Narkose Fingerdilatation, ein Fuß herabgeleitet, bei Extraktion des Rumpfes riss er ab, Kopf gepackt mit Heywood Smith's Ovumzange, die in 2 Partien den Schädel herausbrachte. Genesung. Beobachtung mit Dr. Oakes in Birmingham.

No. 50. Beobachtung mit Dr. Tighe in Birmingham. Mehrgebärende, die letzten 3 Kinder todt geboren. Jetzt todtfaule Frucht, Schädel reißt bei Extraktion ab und bleibt in utero. Nach vergeblichen Versuchen mit Zange und Haken ließ Dr. Tighe Herrn Purslow holen nach 4 Stunden. Erst beim 5. Versuche gelang es ihm, sub narcosi den Kopf mit der Kephalotribe von Braxton-Hicks herauszubekommen, 4mal abgeglitten. Die schwierigste Entbindung, die Purslow je absolvirt hat. Glatte Genesung.

No. 51. Purslow erwähnt einen Fall von Denman, wo der abgerissene in utero retinirte Kopf spontan am 20. Tage ausgetrieben wurde.

No. 52. In der Diskussion erwähnt Swayne einen von seinem Vater beobachteten Fall. Ein »unlicensed practitioner« machte die Extraktion einer todtfaulen Frucht an den Füßen. Der Schädel riss ab und blieb in utero, der Extrahent fiel, den extrahirten Rumpf in den Händen, hintenüber auf den Boden.

Purslow knüpft an seinen Vortrag in der geb.-gyn. Sektion der British medical association am 31. Juli 1894 einige Bemerkungen an: Es wurde in älteren Lehrbüchern die Abreißung des nachfolgenden Kopfes viel mehr berücksichtigt als in neueren. Smelly verhandelte 1740 ausführlich darüber. Die Abreißung des Rumpfes am Schädel könne bei todtfauler Frucht dem erfahrensten Geburtshelfer trotz aller Vorsicht sich ereignen; er giebt specielle Vorschriften für die Extraktion des abgerissenen, in utero retinirten Schädels, Zug durch Finger im Munde, 2 scharfe Haken in die Seitenwände des Schädels, endlich Zange und Perforation bei gleichzeitigem Herabdrücken des Schädels von außen, durch die Bauchwand, endlich Specialinstrumente: Levret's Tire-tête, Mauriceau's und Amand's Kopfnetze, Kopfschlingen, denen übrigens Smelly die praktische Verwendungsfähigkeit abspricht. Denman sieht die Retention des abgerissenen Schädels für »frightful and exceedingly difficult to manage« an. Oft, sagt Denman, scheitert jede Bemühung der Extraktion, und die Frau bleibt ihrem Geschicke überlassen, wenn nicht schließlich der Uterus spontan den Schädel austreibt, wenn nicht anders, so auf dem Wege der Verjauchung und Zerstückelung des Schädels durch Eiterung, Austreibung der einzelnen Knochen. (Denman dürfte Fälle gesehen haben, analog einigen heute von mir aufgezählten.) »This latter paragraph«, sagt Purslow, »reveals a sublime disregard of the modern bugbear — septicämia — and is a live of argument which would hardly recommend itself now to the most virulent opponents of meddlesome midwifery.«

Alle späteren Geburtshelfer berücksichtigen in ihren Lehrbüchern nur die Rentention des Schädels nach Dekapitation, aber nicht nach unbeabsichtigter Abreißung. Boxall betont den großen Vortheil der Narkose für die Extraktion des retinirten Schädels.

No. 53. Radziszewski. (Briefliche Mittheilung.) Allgemein verengtes Becken, Placenta praevia lateralis, Wendung auf die Füße und Extraktion; das Kinn hakte sich fest oberhalb der Schamfuge, der Schädel riss vom Rumpfe ab bei kräftigen Traktionen am Rumpfe. Ein Versuch, den Schädel zu entwickeln am Unterkiefer manuell, scheiterte. Also Einstellung des Schädels für eine Perforation, Perforation und Kranioklast. Die Frau starb während dieser Operation an Verblutung. Dr. R. wurde am 4. April 1892 zu einer Gebärenden geholt, bei der ein anderer Arzt wegen starken Blutsturzes die Wendung gemacht hatte. Der Rumpf stand nach den Extraktionsversuchen mit dem Schädel nur noch durch eine dünne Hautbrücke in Verbindung. Vulva und Vagina stark angeschwollen, neben Hautfetzen tastet man die Nabelschnur. Schädel hochstehend über dem Beckeneingange. Die falsche Einstellung des Schädels mit Kinn nach vorn und etwas

nach links war die Folge unzweckmäßiger Traktionen von Seiten des Arztes gewesen. Der Schädel lässt sich von außen über der Symphyse beweglich tasten. Starke Anämie, fortwährende Blutung, Puls 120. Da ein mit 2 in den Mund eingeführten Fingern ausgeübter Zug am Unterkiefer und Schädel nichts erreichte und die Anlegung der Zange Angesichts des engen Beckens und des beweglichen Hochstandes des Kopfes aussichtslos erschien, da weder eine Forcepsapplikation am Platze war noch der für Kliniken bestimmte Kaiserschnitt, so erachtete R. die Perforation für den einzigen Ausweg. Wegen Tetanus uteri Chloroform, Einstellung des Schädels zur Perforation. Da der Puls immer schlechter wurde, so unterbrach R. die Narkose, legte schnell den Kranioklast an, derselbe drohte jedoch auszureißen. Er nahm ihn ab, um ihn ein 2. Mal anzulegen. Während dessen wurde plötzlich die Athmung stertorös, der Puls schwand, und R. stand einer Leiche gegenüber. Der Tod war erfolgt durch langdauernde Blutung, noch bevor es gelungen war, den Schädel zu entfernen.

No. 54. Raum in Warschau extrahirte ex utero mehrere größere Schädelknochen, die er mir übergab. Die Knochen stammten von einer Schädelretention nach etwa 4—5 monatlichem Abort her und waren weißgrau, macerirt.

No. 55. Rémy (Archives de Tocologie 1895, p. 761: »Tête foetale separée du tronc et retenue dans l'utérus au dessus du detroit supérieur«).

Rachitische Vpara mit plattem, allgemein verengtem Becken, Conjugata vera 6—7 cm. Die 1. Entbindung war mit Kephalothrypsie beendigt worden, bei den folgenden in der Klinik in Nancy künstliche Frühgeburt: keines der 3 Kinder blieb am Leben, entweder waren sie zu groß und starben in der Entbindung ab, oder sie erlagen bald nach der Geburt einer Lebensschwäche. Bei der letzten Entbindung künstliche Frühgeburt zu Hause durch einen Landpraktiker eingeleitet mit Krause's Bougie. Nach 3 Tagen endlich Geburtsarbeit im Gange. Kind sehr groß. Da der Arzt nur die Zange bei sich hatte, schickte er nach Rémy am 5. März Abends. Rémy konnte jedoch erst am 6. März früh dem Rufe Folge leisten, gegen 6 Uhr Morgens. Der Arzt hatte den Rumpf extrahirt, konnte aber den Schädel nicht herausbekommen und schnitt ihn ab, um ihn nicht so lange inter crura parturientis liegen zu lassen. Rémy machte zunächst eine gründliche antiseptische Ausspülung, führte dann eine gezahnte Kornzange ein, um den Unterkiefer zu fassen und so zu fixiren. Dann ließ er noch durch Druck von außen den Schädel fixiren, durchbohrte mit dem Perforator von Blot den harten Gaumen und legte dann den Kranioklast von Simpson an, derselbe glitt jedoch ab, — er nahm also den Kranioklast von Braun, führte das männliche Blatt durch die Perforationswunde in den Schädel ein, das weibliche Blatt über das Gesicht anlegend. So gelang alsbald die Extraktion. Da der Rand der Placenta mitgefasst war zwischen Gesicht und Schnabel des Instrumentes, folgte die Placenta gleichzeitig. Etwas braunrothe Flüssigkeit und Gase entleerten sich dabei. Keine Blutung —, gründliche Auswaschung des Uterus mit Lösung von Kali hypermanganicum. Genesung, aber Vesico-Vaginalfistel wahrscheinlich, worauf der unbewusste Harnfluss hinzudeuten schien. Die Frucht dürfte eine 8monatliche gewesen sein.

No. 56. Rewolinski (Tygodnik Lekarski 1864, No. 31, p. 241—244). Eine gerichtlich-medicinische Beobachtung von Abreißung des kindliches Schädels während der Geburt. Die Abreißung des Schädels einer 8monatlichen Frucht durch die Gebärende selbst veranlasste Dr. Rewolinski und Dr. Thugut zu einigen Bemerkungen. Ein 17jähriges Bauernmädchen, bei den Eltern wohnhaft, soll im 8. Schwangerschaftsmonate in der Nacht vom 27. zum 28. Mai niedergekommen sein, und zwar hatte die Schwangere ihren Zustand verheimlicht. Am letzten Tage arbeitete das Mädchen noch wie gewöhnlich und suchte dann zur Nacht seine Schlafkammer auf. Der Vater schlief in der Scheune, die Mutter in einem durch einen Gang von der Mädchenstube getrennten Raume. Gegen Mitternacht traten Wehen ein, und die Geburt begann. Aus Furcht und Scham wagte das Mädchen nicht Jemanden zur Hilfe herbeizurufen, unterdrückte jeden Schmerzenslaut, und sobald der Kopf geboren war, versuchte es die Geburt so schnell als möglich zu

beendigen, packte den Kopf mit beiden Händen und zog darauf los, bis der Kopf vom Rumpfe abriss. Eine Viertelstunde später trat der Rest des kindlichen Körpers aus den Schamtheilen heraus, das Mädchen stand alsbald auf, ging hinaus ins Freie, warf den Kopf und die Nachgeburt in einen Teich, den Rumpf aber mit den Gliedern vergrub es in der Kammer. Am kommenden Morgen, als man das Mädchen aufstehen hieß, erklärte es sich für krank und blieb den ganzen Tag über in der Kammer, am nächsten Tage jedoch ging es wieder der Arbeit nach.

Am 30. Mai kam der Schultheiß, durch vage Gerüchte im Dorfe alarmirt, mit einer Frau, die sich damit beschäftigte, Kinder abzunehmen, in das Haus der Victoria Z., um eine Untersuchung einzuleiten. Angesichts der Gerüchte von einer Niederkunft der V. Z. Dieselbe gestand sofort die stattgehabte Geburt ein, sagte aus, sie habe ein todtes Kind geboren und den Kopf abgerissen, der in ihr stecken geblieben sei (?), gleichzeitig holte sie aus der Kammer den Rumpf des Kindes herbei. Später sagte V. Z. aus, sie habe am Kopfe gezogen und derselbe sei vom Rumpfe abgerissen. Im Teiche fand man nur die Nachgeburt. Da der Rumpf schon zu sehr verfault war, war es unmöglich zu erkennen, ob der Rumpf im Halse abgeschnitten oder abgerissen worden sei. Bei einem späteren Verhör im Gefängnisse sagte V. Z. aus, das Kind sei mit den Füßen voran zur Welt gekommen, sie habe an den Füßen gezogen; und dabei sei der Rumpf vom Kopfe abgerissen, der Schädel sei in der Folge von selbst herausgekommen. Dr. Rewolinski analysirt die gerichtlichen Gutachten und fragt sich, ob nicht die Mutter oder sonst Jemand bei dieser Geburt Hilfe geleistet habe, ob es möglich sei, dass die Gebärende selbst, sei es den vorangehenden, sei es den nachfolgenden Kopf abreißen könne, selbst bei einer unzeitig geborenen und faulen Frucht? Er kommt zu dem Schlusse, dass im gegebenen Falle die gerichtliche Untersuchung absolut kein positives Ergebnis gehabt habe, sie habe nicht einmal festgestellt, ob nicht der Kopf an dem schon geborenen Kinde — Kindesmord — einfach abgeschnitten oder abgedreht worden sei.

Thugut (Ibidem: p. 289—291) kommt zu dem Schlusse, die erste Aussage der V. Z. sei wohl die richtige gewesen, das Kind sei mit den Füßen voran zur Welt gekommen, sie habe selbst den Rumpf extrahirt, dabei den Kopf abgerissen, der Kopf sei in utero zurückgeblieben und dann spontan ausgetrieben worden. Thugut begründet seine Schlussfolgerung damit, dass die Satzungen der gerichtlichen Medicin das Vorkommen der Abreißung des vorangehenden Schädels nicht als Thatsache anerkennen, während die Abreißung des nachfolgenden Kopfes eine häufig vorkommende Erscheinung sei[1].

---

[1] Die Annahme, dass Abreißungen des vorangehenden Schädels nicht vorkommen, beruht auf einem Irrthume, da Abreißungen bei Zangengeburten bekannt sind, namentlich in Fällen pathologischer Vergrößerung des Rumpfes, Unterleibsvolumens der Frucht, s. z. B.: P. Müller's Handb. d. Geburtsh., Bd. II, Th. 2, Stuttgart 1889: O. Küstner schreibt daselbst p. 676: »Wird dann am Kopfe gezogen, so werden schließlich die Halswirbel zerrissen, event. der Kopf auch ganz abgerissen«. Olshausen hat in diesem Falle, wo der Kopf nur noch durch die Hautdecken mit dem Rumpfe in Verbindung stand, die Hautdecken durchschnitten, dann die Wendung auf einen Fuß gemacht und den Rumpf extrahirt.

O. Neumann (»Dystokie in Folge abnormer Vergrößerung des kindlichen Bauches«. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1896. Bd. III. p. 243) beschrieb die Abreißung des vorangehenden Schädels bei Zangenextraktion; Esser (Centr. f. Gyn. 1896. No. 12. p. 325) riss bei Zangenextraktion den vorangehenden Schädel ab — 6monatliche todtfaule Frucht — und machte den Kaiserschnitt, um den Rumpf zu entfernen: »Ein Fall von Sectio caesarea bei einer übermäßig großen todtfaulen Frucht«.

Dieser Tage berichtete mir Dr. Szmakfefer in Warschau eine eigene Beobachtung von Abreißung des vorangehenden Kopfes einer ausgetragenen todtfaulen Frucht.

Ferner nimmt Thugut an, das Kind sei zur Zeit der Geburt nicht todtfaul gewesen — weiter, der Schädel sei wahrscheinlich nicht abgerissen, sondern au niveau der Schultern mit einem Messer abgeschnitten worden, und zwar nicht von der Gebärenden selbst, sondern von einer anderen Person — und dass ein gewisser Verdacht diesbezüglich auf die Mutter der V. Z. falle.

No. 57—58. Dr. Rutkowski theilte mir am 3. Juni 1898 2 einschlägige Beobachtungen brieflich mit aus seiner 11jährigen geburtshilflichen Praxis.

Im 1. Falle (aus der Praxis eines Kollegen) wurde im Dorfe Rabossew bei einer Bäuerin bei Extraktion am unteren Stammende der Schädel abgerissen und blieb in utero zurück: die Frucht soll abgestorben gewesen sein. Da der Arzt zu ermattet war, stand er von weiteren Versuchen ab, der Ortsprediger holte einen anderen Arzt aus Raciąż, der den Schädel extrahirte. Die Frau starb am nächsten Tage. Den 2. Fall beobachtete R. persönlich.

Am 16. März 1892 wurde R. zu einer seit 2 Tagen kreißenden Frau auf das Land geholt: der Rumpf des Kindes sei schon geboren, der Kopf sei aber stecken geblieben. Es hatte der Schädel vorgelegen; da die Geburt zögerte, habe die Hebamme die Wendung auf die Füße gemacht und den Rumpf extrahiren wollen; da ihr das nicht gelang, so beauftragte sie damit einen kräftigen Bauern. Der Mann ging so energisch zu Werke, dass er nach 8—10 Traktionen den Rumpf herausbekam, der Schädel war dabei abgerissen und in utero zurückgeblieben.

R. fand eine kräftig gebaute Erstgebärende von 32 Jahren, Puls und Athmung beschleunigt; fieberfreier Zustand. Becken anscheinend etwas schräg verengt. Der große Schädel liegt beweglich über dem Beckeneingange, und zwar in der rechten Beckenhälfte. R. glaubte, es werde ihm nicht gelingen, den Kopf unzerkleinert aus dem verengten Becken herauszubringen, und beschloss von vorn herein die Perforation zu machen. Nach $^1/_2$stündlicher Arbeit gelang es ihm endlich, mit einem Finger bis an eine Augenhöhle vorzudringen, er bohrte den Finger ein und trieb damit den Augapfel aus, dann drang er durch die Orbitalhöhle mit dem Perforator von Blot ein, perforirte und entleerte das Gehirn, endlich versuchte er, die Finger am Rande der Orbitalhöhle einhakend, den Kopf zu extrahiren, es gelang aber nicht. Es gelang ihm jedoch, mit den Fingern allmälich stückweise die Stirnbeine und ein Schläfenbein herauszureißen und dann endlich den so verkleinerten Schädel herauszubekommen. Die Placenta folgte bald spontan. Die Frau fühlte sich nach der schweren Entbindung etwas erschöpft, erholte sich aber bald und verließ schon am 5. Tage das Bett.

No. 59. Saxtorph (Matthias Saxtorph's gesammelte Schriften etc., herausgegeben von P. Scheel, Kopenhagen 1803, p. 361). »Von einer sonderbaren Zusammenschnürung der Mutter, wodurch der abgerissene Kopf eines Kindes auf eine ungewöhnliche Art zurückgehalten wurde«. Frühgeburt im 7. Monate. Wendung durch die Hebamme. Kopf abgerissen, zurückgeblieben. Saxtorph mühte sich vergeblich ab, den Schädel herauszubekommen, bis endlich die erschöpfte Kreißende bat: »Er solle doch endlich einmal aufhören!« — Aderlass und Tinctura opii, nach einigen Stunden Nachwehen, die den Kopf in die Scheide pressten, von wo ihn Saxtorph ohne Mühe entfernte.

Herr Prof. Schauta theilte mir auf eine briefliche Anfrage folgende 2 Beobachtungen aus seiner Klinik mit:

No. 60. Schauta. Josepha Heidrich, 40jährige IVpara, aufgenommen am 7. December 1896. Seit 3 Monaten sind die Beine geschwollen. Am 7. December fiel Pat. nach Angabe ihrer Schwester, nachdem sie kurz zuvor über Dunkelheit vor den Augen geklagt hatte, vom Sessel, verlor das Bewusstsein und erschien an der rechten Körperhälfte gelähmt. Eintritt in das Kreißzimmer am 7. December Abends 9 Uhr: Pat. somnolent, von cyanotischer Gesichtsfarbe. Trachealrasseln, Ödeme der unteren Extremitäten, Dyspnoe. Puls unregelmäßig 84. Herzdämpfung verbreitert, Geräusch über der Herzspitze, geringe Mengen Eiweiß im Harn. 7monatliche Schwangerschaft, Beckenendlage, II. Position: Cervicalkanal 4 cm lang, für einen Finger durchgängig, Blase gesprungen, Steiß hoch und beweglich. Mit Rücksicht auf den schlechten Allgemeinzustand und die Behinderung der Cirkulation wurde

die Entbindung beschlossen. Intra-uterine Anwendung des Kolpeurynters, Zug an dem Gummiballon. Nach ca. 30 Minuten Cervicalkanal durchgängig für 3 Finger, ein Fuß wurde herabgeholt. Dann Extraktion, dabei riss der Rumpf ab und der Kopf blieb in utero zurück. Die Entwicklung des zurückgebliebenen Kopfes bereitete kolossale Schwierigkeiten. Die Entwicklung mittels Zange, Kranioklast, Smellie'schen Hakens gelang nicht, schließlich wurde der Kopf mühselig mit Hilfe der Boer'schen Knochenzange stückweise entfernt. Wegen stärkerer Blutung manuelle Entfernung der Placenta. Hierauf intrauterine Ausspritzung mit Lysollösung. Trotz Verabreichung von Stimulantia und Cardiaca erfolgte am 8. December 4 Uhr Nachmittags der Tod. Sektionsbefund: Encephalomalacia recens hemispher. sinistr. ex embolia arteriae fossae Sylvii sinistrae, Oedema cerebri, Insufficientia valvulae mitralis cum stenosi ostii venosi sinistri ex endocarditide obsoleta et recente. Insufficientia valvulae tricuspidalis et dilatatio cordis atrophici. Oedema pulmonum et Bronchitis diffusa. Degeneratio parenchymatosa viscerum. Absumptiones renum post infarctus. Uterus post partum ante horas 18. Dilaceratio portionis vaginalis uteri intra partum orta.

No. 61. Schauta: 30. Oktober 1898. Francisca Reisinger. Nach Angabe der Hebamme bestand heute früh Fußlage einer macerirten Frucht bei engem Muttermunde. Ein 1/23 Uhr herbeigeholter Arzt bestätigte den Befund und machte 6 Uhr die Extraktion, wobei der Rumpf anstandslos durchging, der Kopf aber abriss. Der Arzt ging mehrmals ein und holte die Placenta aus der Scheide heraus. Eintritt in Schauta's Klinik am 30. Oktober gegen 8 Uhr Abends. Uterus bis an den rechten Rippenbogen reichend, ziemlich stark dextrovertirt in toto, einer Gravidität von 5 Monaten entsprechend. Uterus ziemlich gut kontrahirt. Die Frau giebt an, seit mehreren Tagen keine Wehen zu haben. Portio vaginalis uteri sehr hochstehend, Muttermund schlaff, innerer Muttermund nicht zu erreichen. Narkose, übliche Reinigung. In der Narkose reicht der Fundus uteri bis 2 Querfinger über den Nabel, straff über dem Schädel zusammengezogen. Innerer Muttermund für 3 Finger durchgängig; es liegt die behaarte Fläche des Schädels vor. Fixation des Schädels von außen her durch Druck und Perforation mit Naegele's Perforator. Versuch, den Kranioklast anzulegen, misslingt, nun wird der Braun'sche Haken in die gemachte Öffnung eingeführt, jedoch gelingt auch jetzt die Extraktion nicht. Endlich gelingt nach abermaliger Anlegung des Kranioklasten die Herausbeförderung des Schädels, Tamponade des Uterus und der Vagina mit Jodoformgaze. 2 Tage lang Fieber, dann Zustand afebril. Wöchnerin geheilt entlassen.

No. 62. Schwartz (Centralbl. f. Gyn. 1893. No. 5. p. 84—86) vollzog am 8. Oktober 1892 in Fünfkirchen mit günstigem Ausgange für die Mutter eine Symphyseotomie wegen Retention des nach Dekapitation in utero zurückgebliebenen Schädels: 22jährige IIIpara (einmal Zange, einmal Wendung und Extraktion, beide Kinder todt). Jetzt 6. Oktober Geburtsbeginn, 7. Oktober Wasserabfluss, vergeblicher Zangenversuch, Cervixläsion, Tetanus uteri, nach Dekapitation am 8. Oktober kam Eklampsie dazu. Conj. externa 16,8 cm, diagonalis 10,5 cm. Allgemein verengtes Becken. Nach Extraktion des Rumpfes wollte der Kopf nicht folgen, vergeblich Zange an den nachfolgenden Kopf, also Dekapitation; jetzt misslang ein neuer Zangenversuch erst recht. Blutung in Folge Verletzung des Uterus, Tamponade von Uterus und Vagina. Als S. jetzt zu der Gebärenden kam, fand er sie somnolent, fiebernd, + 39° C., mit übelriechendem Ausflusse, Uterus tetanisch um den Kinderschädel kontrahirt. 8 cm langer Einriss der Scheide und des unteren Uterinsegmentes. Also Chloroform und Symphyseotomie: Diastase sofort 3 cm, während Zangenextraktion mit Breus' Zange Diastase 7 cm. Leichte Extraktion, Placenta ausgedrückt. Naht der Uteruswunde mit 6 Nähten, Jodoformgazestreifen, dann Naht der Symphysenwunde mit 4 Nähten, der Hautwunde mit 6 Nähten. Leinwandbeckengurt 8 Tage lang. Dauerkatheter. Kindesschädel: Diameter bitemporalis 1,0, biparietalis 8,0, fronto-occipitalis 11,5, mento-occipitalis 12,8 cm. Frontooccipitale Peripherie des Schädels 36,0, Körperlänge 50,0 cm, Gewicht des Kindes 3400 g. 3 Stunden nach Entbindung ein letzter eklamptischer Anfall. 2 Wochen

lang Fieber bis 39,0° C. 3 Wochen lang übelriechender Ausfluss. 2 Wochen lang absolute Ruhelage im Bette. Eiweiß im Harn. Nach 6 Wochen aufgestanden, nach 8 Wochen Gang gut.

No. 63. Siebold (Siebold respondente Weidmann: »Comparatio inter sectionen caesaream et dissectionem cartilaginis et ligamentorum pubis etc. Wirceburgi 1796) machte bei einer rachitischen Frau den Kaiserschnitt, um den nach Abreißung während einer Extraktion an den Füßen in utero zurückgebliebenen Schädel zu entfernen. Die Frau starb am 8. Tage nach dem Kaiserschnitte.

No. 64. E. Strauss. »Fall von Abreißung des Kindeskopfes während der Geburt«. — Virchow's Archiv Bd. XXX.

Eine sogenannte Hebamme bei Talsen in Kurland (hier ist jedes alte Weib Hebamme — schreibt Strauss) hatte bei Extraktion eines lebenden Kindes an den Füßen den Rumpf vom Schädel abgerissen und dann, statt die Ankunft des herbeigerufenen Arztes passiv abzuwarten, in der Meinung, recht klug zu handeln, manipulirt, um mit der Hand den Schädel zu extrahiren. Als Strauss eintraf, hatten die Wehen cessirt, der Kopf war hoch in das Becken hinaufgeschoben, eine starke Metrorrhagie hatte stattgefunden. Strauss fand die Frau fast pulslos und sterbend. Wegen Hochstand des beweglichen Kopfes Zange nicht angebracht. Strauss führte die ganze Hand in den Uterus ein und fand die Längenachse des Schädels im Querdurchmesser des Beckens gelagert, die Pfeilnaht sah dem Beckenausgange zu, die kleine Fontanelle lag rechts. Die Hebamme hatte den Schädel so rotirt, dass jetzt das Foramen occipitale nach der Leber der Mutter gerichtet war. »In meiner Rathlosigkeit und bei dem absoluten Mangel der Wehen,« — schreibt Strauss — »da Gefahr im Verzuge, dachte ich daran, das Foramen occipitale wieder dem Beckeneingange zuzudrehen, den stumpfen Haken in dasselbe einzuführen und so den Schädel zu extrahiren.« Da fielen ihm in der rechten Seite des Beckens ein paar Stränge in die Hand, von denen der eine sich als die abgerissene Nabelschnur erwies, die Natur des anderen war zunächst nicht festzustellen, da er mit einer Menge kurzer Fortsätze versehen war. Der Hals war, wie sich nachher ergab, sehr nahe dem Kopfe durchrissen, zwischen Atlas und Epistropheus, die Haut des Halses fast cirkelrund, von Muskeln schien am Halse nichts zu fehlen, dagegen war der Wirbelkanal, so weit Strauss hineinsehen und mit einer in denselben eingeführten Stricknadel kontrolliren konnte, leer. Jener zweifelhafte Strang, der nach einer Rotation des Kopfes in die Vagina herabhing, war also das aus dem Wirbelkanale herausgerissene Rückenmark in seinen Häuten, das am Gehirn und Schädel haften geblieben war. Strauss zog an diesem Strange, und der Kopf folgte auch dem Zuge so weit, dass es schließlich möglich wurde, die Zange an denselben anzulegen und ihn so zu extrahiren. Trotz aller angewandten Mittel traten jedoch keine Nachwehen ein, die Metrorrhagie dauerte fort und die Frau starb nach einigen Stunden. So hatte denn die kluge Frau erst mit ungewöhnlicher Anstrengung ein Kinderleben im vollen Sinne des Wortes zerrissen und dann noch mit klugem Eifer die Frau zum Verbluten gebracht. — Strauss versuchte nachträglich, wo sich die Gelegenheit bot, an Leichen von Neugeborenen den Kopf vom Rumpfe manuell abzureißen, es gelang ihm aber niemals, selbst trotz des größten Kraftaufwandes; er machte dann Versuche mit Gewichten an 5 Kinderleichen und fand Folgendes: In einem Falle — ausgetragenes, todtgeborenes Kind von 6½ Pfund Gewicht — trennte ein Gewicht von 9 Centner und 14 Pfund unter allmählich zunehmender Belastung der Wagschale nach Einwirkung von 12 Minuten den Rumpf vom Kopfe. Bei einem ausgetragenen, todtgeborenen Mädchen ohne Spur von Fäulnis waren 10 Centner 11 Pfund bei Einwirkung von 8 Minuten erforderlich, bei dem etwas verwesten Leichname eines 7½ Pfund schweren neugeborenen Mädchens, das nach der Geburt nicht gelebt hatte, waren 10 Centner 4 Pfund bei einer Belastungsdauer von 18 Minuten erforderlich. Bei dem frischen Leichnam eines ausgetragenen Knaben, der nach der Geburt gelebt hatte, waren 11 Centner 14 Pfund nöthig bei Belastungsdauer von 12 Minuten, in dem 5. Falle: neugeborenes Mädchen von 7 Pfund Gewicht, schlecht ernährt, mit Hautwunde

am Halse — der Leichnam hatte 11 Tage auf einem Sumpfe gelegen — waren 7 Centner und 15 Pfund nöthig bei einer Belastungsdauer von 6 Minuten. Durchschnittlich war eine Belastung von 10 Centnern während 10 Minuten erforderlich, um bei dem Leichnam eines Neugeborenen den Rumpf vom Kopfe abzureißen. In der Mehrzahl der Fälle blieb das gesammte Rückenmark in seiner ganzen Länge am Kopfe hängen, und die Zerreißung der Wirbelsäule erfolgte zwischen Atlas und Epistropheus, so zwar, dass der Processus odontoideus sich von dem Epistropheus gelöst hatte und an seinen starken Bändern im Ringe des Atlas zurückgeblieben war, welcher letztere Umstand nach Strauss die Annahme zu bestätigen scheint, dass der Processus odontoideus im embryonalen Zustande viel mehr dem Atlas als dem Epistropheus angehöre.

(Erwähne hier des Interesses halber eine in No. 47 dieses Centralblattes 1898 beschriebene eigene Beobachtung von Extra-uterin-Schwangerschaft, die ich auf vaginalem Wege angriff. Da der Schädel der lebenden, über 3monatlichen Frucht durch das rechtsseitige Scheidengewölbe zu tasten war, schnitt ich dasselbe hier ein, drang stumpf bis zum Schädel vor, fasste denselben mit einer in die Eihöhle eingeführten Kornzange, um so die Frucht zu extrahiren. Der Kopf riss beim Anziehen ab und riss bei seiner Extraktion das gesammte Rückenmark aus dem Wirbelkanale heraus, so dass es am Schädel hing als loser Strang. N.)

No. 65. Dr. Talko-Hryncewicz beschrieb 1882 in der Medycyna, p. 63, eine eigene Beobachtung: »8tägige Rentention des Schädels einer 8monatlichen Frucht und der Placenta in utero, ohne irgend welche Gesundheitsstörungen.« 32jährige Gattin eines jüdischen Fleischers, 12 Jahre verheirathet, war 10mal schwanger und gebar stets 7- oder 8monatliche todte Früchte. Keiner der Gatten hatte Syphilis gehabt. 6mal musste T. die Entbindung, sei es operativ, sei es durch Sekale zu Ende führen. 4mal musste er den Kopf mit der Zange entwickeln, 1mal machte er die Extraktion an den Füßen. In allen diesen 5 Fällen war das Kind absolut verfault. Bei der letzten Entbindung 1881 musste er bei Schulterlage mit Vorfall eines Armes die Wendung auf die Füße ausführen. Dieses Kind kam zwar lebend zur Welt, aber asphyktisch und starb 1/2 Stunde nach der Geburt. Im Juli 1882 wurde T. wieder zu dieser Frau geholt. In der Scheide liegen beide Füße der todtfaulen Frucht. Bei Extraktion der Frucht riss der Hals durch und die Nabelschnur, Kopf und Placenta blieben in utero zurück. Nach mehrstündigen vergeblichen Versuchen der Extraktion beschloss T. zu warten und verordnete Secale cornutum.

No. 66. Tóth (»Fall von langer Retention von Fötalknochen im Uterus« — Budapesti kir. Orvosegyesuelet 18. Mai 1895; s. Referat Centralblatt für Gynäkologie 1896. No. 24 p. 645). 25jährige IIIpara. Es wurde im 8. Schwangerschaftsmonate von einem Arzte die in Steißlage befindliche Frucht extrahirt. Der Hals riss durch und der Kopf blieb in utero zurück, von wo ihn der Arzt nicht entfernen konnte. Fieberhaftes Wochenbett mit starkem Ausflusse, jedoch befand sich Pat. abgesehen von unregelmäßigen Menorrhagien und übelriechendem Ausflusse ein Jahr lang ganz wohl. Erst nach dieser Zeit kamen unter Schmerzen öfters schwarze übelriechende Knochen zum Vorschein, die dann ein herzugerufener Arzt aus der Scheide entfernte. 16 Monate nach jener Geburt wurden die noch zurückgebliebenen Knochen mit Polypenzange aus der Cervix und nach einer vorhergehenden Dilatation letzterer (Laminaria) die übrigen die Gebärmutterhöhle auskleidenden, fest angewachsenen Knochentheile mittels einer Zange entfernt. Wegen nachfolgender Blutung Gazetamponade, Genesung.

No. 67. Valenta (Archiv für Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 3. p. 431) beschrieb einen Fall, wo der Kopf eines reifen Kindes sammt Placenta innerhalb der Uterushöhe ohne jede jedwede Reaktion 40 Tage lang retinirt wurde. Der Schädel war nach geburtshilflicher Dekapitation zurückgeblieben, und die Frau bat Valenta, denselben jetzt unter jeder Bedingung zu entfernen, da weder sie noch ihre Umgebung länger den von den Genitalien ausgehenden Gestank zu ertragen vermöchten. Trotz der Wahrheit der Schädelretention absolute Euphorie der Frau. Überkindskopfgroßer, eigenthümlich knitternder, unbedeutend empfindlicher

Tumor über der Schoßfuge, der antevertirte Uterus mit derb harter, vollkommen rückgebildeter Vaginalportion. Am inneren Muttermunde, der den Finger nicht einließ, eine Knochenspitze erkennbar. Wenn man die Gebärmutter nach abwärts schob, ihren Fundus eindrückte, fühlte man deutlich ein Knittern, ja man hörte es, gleichzeitig ergoss sich ein dunkelbraunes, pestilenzialisch stinkendes Sekret. Sub partu hatte der Arzt den abgetrennten Kopf einfach zurückgelassen, da er ihn auf keine Weise herausbekommen konnte. Auch zwei andere Ärzte quälten sich später umsonst mit dieser Arbeit ab und gaben schließlich Ergotin, da die Frau auf keinen Fall in eine Klinik gehen wollte. Bis zum 8. Tage nur das Bett gewechselt, aber keinerlei Ausspritzung trotz Jauchung, — später alle 2—3 Tage Ausspritzung mit lauwarmem Wasser: nie ein Schüttelfrost oder irgend welche Schmerzen. Nur der Gestank war so schrecklich, dass schließlich der Bezirksarzt Dr. Kapler die Überführung ins Krankenhaus anordnete. Temperatur 37,5° C. Puls 72, jetzt dreistündlich Karbolausspülung 3%. Sitzbäder. Leiter's Wärmeregulator auf den Leib und Zuwarten angeordnet. Status quo, keine Wehen, die dünne Uteruswand blieb wie ein Zeltdach über den Schädel gespannt. Der Uterus war vollkommen puerperal involvirt, das Corpus passiv durch den Fremdkörper ausgedehnt erhalten, während das Collum sich zurückgebildet hatte. Was thun? Zunächst Pressschwamm, dann Tupelo, dann wieder Pressschwamm und 5 Dosen zu je 1 g Pulvis secalis cornuti im Laufe eines Tages. Es gingen bei jedem Wechsel des Quellmeißels Knochenfragmente in Jauche ab, aber der Uterus blieb weich. Narkose, als der äußere Muttermund $2^1/_2$, der innere $1^1/_2$ cm weit war. Mit langer Polypenzange Basalknochen, dann Schläfenbeine, Stirnbein, zuletzt Seitenwandbeine entfernt, zerbröckelt. Besondere Schwierigkeiten machten die an den Fundus uteri angeschmiegten Ossa parietalia; man musste den Fundus flaschenbodenartig eindrücken, diese platten Knochen so eindrücken, einknicken, dann erst konnte man mit dem Zeigefinger dieselben abheben und hebelartig einen Knochenrand so gegen den Muttermund herabbewegen, dass der Knochen von der Zange gefasst und auf selbe gleichsam aufgerollt und entfernt werden konnte; aber es gelang erst nach Incision des inneren Muttermundes, die trotz der Jauchung ausgeführt wurde, da Valenta eine glatte Schnittwunde einer event. Risswunde vorzog. Mit den Knochen gingen stets kleine frisch aussehende Placentareste ab. Nach $1^1/_2$ Stunden waren endlich alle Knochen in ca. 40 Fragmenten entfernt, und ein kleiner handtellergroßer Placentarest mit Finger und Curette beseitigt, was zu einer reichlichen Blutung führte. Heißwasserirrigationen, Temperatur 50° C. Ergotin subkutan. Auch dieses so zu sagen zweite Wochenbett verlief ohne Störungen, so dass die Frau nach einigen Tagen völlig gesund nach Hause ging. Uterus kaum um 1 cm vergrößert, antevertirt, beweglich. Valenta betont 1) die Toleranz gegen den faulenden Fremdkörper ohne Spur der geringsten Reaktion Behufs Austreibung, 2) das Ausbleiben der Septikämie trotz Jauchung.

No. 68. Żemczużnikow (Protokolle der geb.-gyn. Gesellschaft in Kijew [Russisch], V. Jahrg. 1892, p. 2 und Beilagen: p. 73—80). Bei einer 35jährigen VIpara mit sacralem Tumor, welcher mehr als die Hälfte des kleinen Beckens ausfüllte, hatten die bei der letzten Entbindung (Steißlage) anwesenden Ärzte mit großer Mühe den Rumpf extrahirt, dann die Dekapitation ausgeführt, aber es gelang ihnen nicht, den Kopf zu entfernen. Nach 10 Monaten wurde die Frau in v. Rein's Klinik in Kijew gebracht. Während dieser ganzen Zeit hatte eitrig-jauchiger Ausfluss bestanden mit spontaner Elimination von fötalen Knochenfragmenten. Beiderseits oberhalb der Inguinalfalten Narben von ausgeheilten Eiterfisteln. Der genannte Tumor lag retro-uterin tief im Cavum Douglasii, Uterus anteponirt und elevirt, Muttermund nur schwer zu erreichen. Der Finger tastet in collo uteri Fötalknochen und konstatirt, dass einer derselben durch die vordere Muttermundslippe hindurch mit einer Kante in das vordere Scheidengewölbe getreten ist. Es existirt eine 3 cm breite Perforation (auf dem Wege der Druckusur) aus der Cervicalhöhle in das vordere Scheidengewölbe (Fistula cervico-vaginalis s. laqueatica anterior L. Neugebauer's). Die Knochen sind theilweise in das parametrane und retrovesikale Zellgewebe eingedrungen, v. Rein entfernte

die sämmtlichen Schädelknochen, indem er einzelne mit Liston's Knochenzange durchschneiden musste. Die beiden Ossa parietalia waren in einander eingeschachtelt, so dass man zunächst den Eindruck gewann, als ob nur eines da sei. Es wurden im Ganzen 51 Knochenstücke extrahirt und hat Ż., der sehr ausführlich und gründlich diese Beobachtung beschrieben hat, sämmtliche Knochen auf 2 Tafeln abgebildet. Bei der Extraktion wurde die Vaginalportion an 2 Stellen etwas eingerissen, die Frau jedoch bald genesen entlassen mit der Weisung, Behufs Beseitigung des vorgenannten Tumors später wieder zu kommen, der sie auch Folge leistete.

No. 69. Żemczużnikow giebt an, nur eine einzige analoge Beobachtung zu kennen, diejenige von Horwitz: Eine 25jährige Multipara starb 24 Stunden nach ausgeführter Dekapitation des Kindes, ohne dass es gelungen wäre, den Schädel zu extrahiren: Der Schädel war durch eine Uterusruptur in die Bauchhöhle eingedrungen.

No. 70. v. Rein (ibid.) fand in einem Falle aus seiner gerichtsärztlichen Praxis sub nekropsia den Schädel des Kindes nach Dekapitation ebenfalls in der Bauchhöhle.

Wenn auch die Zahl der hier zusammengestellten Beobachtungen eine nur geringe ist, weil nur die allerwenigsten derartigen Fälle zur Veröffentlichung gelangen (einen großen Theil der 70 Fälle verdanke ich mündlicher oder brieflicher Mittheilung), so bietet doch diese Kasuistik ungemein viel Lehrreiches für den Praktiker. Ganz besonders mache ich darauf aufmerksam, dass in vielen Fällen die Extraktion des Schädels selbst von Fachleuten ersten Ranges als eine ganz besonders schwierige Operation bezeichnet wurde, ja, Hegar nannte die Entbindung der Salome Haug die allerschwierigste in seiner gesammten Praxis, eben so betonte Schauta in einem Falle die Schwierigkeiten der Extraktion; ähnliche Äußerungen machten Purslow, Rutkowski, Jaworowski bet züglich ihrer Fälle. In 4 Fällen starb die Frau, ohne dass es gelungen wäre, den Schädel zu entfernen (Mende No. 38, Radziszewski No. 53, Horwitz No. 69, v. Rein No. 70). 16mal wurde der Schädel einfach in situ belassen, weil der Arzt nach langen vergeblichen Versuchen sich sagte, er sei nicht im Stande, denselben zu entfernen: No. 7: Fincke, No. 10: Freund, No. 11: Gessner, No. 26: Kobyliński, No. 28: Kośiński, No. 29: Kosmaciński, No. 33: Lazanski, No. 36: Loisnel, No. 46: Pelczyński, No. 51: Denman, No. 54: Raum, No. 59: Saxtorph, No. 65: Talko-Hryncewicz, No. 66: Tóth, No. 67: Valenta, No. 68: Żemczużnikow. Es kommen auf diese 70 Entbindungen, genauer gesagt auf 68, da mir für 2 Fälle Details fehlen, nicht weniger als 14 Todesfälle = 20,5%!!!

No. 2: Tod kurz nach Extraktion des Schädels — Uterusruptur? — No. 17: Tod 40 Minuten nach Extraktion des Schädels bei vorbestehender Uterusruptur. No. 19: Tod am selben Tage nach Extraktion bei vorbestehender Uterusruptur. No. 32: Tod am 7. Tage nach Kaiserschnitt. No. 45: Tod einige Tage nach Extraktion des Schädels. No. 46: Tod am 7. Tage nach spontaner Austreibung des Schädels — Sepsis. — No. 53: Tod sub operatione noch vor beendigter Extraktion in Folge von Verblutung. No. 57: Tod in den nächsten Tagen nach Extraktion des Schädels. No. 63: Tod am 8. Tage nach Kaiserschnitt. No. 69 und 70: Tod vor Extraktion des Schädels — Uterusruptur. — No. 61: Tod 18 Stunden nach Extraktion in Folge von Hirnembolie bei Herzfehler. No. 64: Tod an Verblutung. 5mal führte also Uterusruptur zum Tode, 1mal Hirnembolie, 2mal Verblutung ex utero ohne Ruptur, in den übrigen Fällen wohl stets Sepsis.

54mal ist Genesung angegeben und zwar 4mal Genesung wider Erwarten (No. 12, 25, 65, 67); große Toleranz des Uterus und Organismus gegen den faulenden Fremdkörper ist verzeichnet: No. 7: (Fincke), No. 10: (Freund), No. 11: (Gessner), No. 12: (Grodecki), No. 21: (Istomin), No. 28: (Kośiński), No. 30: (Koziejowski), No. 36: (Loisnel), No. 65: (Talko), No. 66: (Tóth), No. 67: (Valenta), No. 68: (Żemczużnikow)!

Nicht weniger als 6mal wurde der Kaiserschnitt ausgeführt, um den retinirten Schädel zu entfernen: 3mal mit günstigem Ausgange (Fälle von Bagger, Estep,

Jaeggy), 2mal mit tödlichem Ausgange (Fälle von Siebold und der von Larrouture berichtete), 1mal mit fraglichem Ausgange (Fall von Meissner berichtet).

3mal wurde die Sectio caesarea mit utero-ovarieller Amputation ausgeführt, 2mal mit günstigem Ausgange (Fälle von Lesi und Lesin), 1mal mit tödlichem Ausgange (Fall von Heussner). 1mal wurde der Bauchschnitt von Kośiński ausgeführt mit Resektion einer Dünndarmschlinge bei Retention der Schädelknochen in einer Höhle, deren Wand nur theilweise von den Uteruswänden gebildet wurde. Es wurden also auf 68 Fälle 10 Bauchschnitte mit 6 Genesungen ausgeführt, außerdem in einem Falle mit günstigem Ausgange die Symphyseotomie No. 62).

Narath (No. 41) führte 1mal den sekundären Bauchschnitt aus wegen zwei nach Retention von Knochen des kindlichen Schädels entstandener Dünndarm-Uterusfisteln (günstiger Ausgang) — es kommen also 11 Bauchschnitte auf 68 Beobachtungen!!!

Bezüglich räumlichen Missverhältnisses ist angegeben: enges Becken: 8mal (No. 5, 20, 22, 28, 32, 44, 53, 63), 1mal Becken verengt durch Spondylolisthesis (No. 16), 1mal coxalgisch verengtes Becken (No. 15), 1mal Beckenverengerung durch Sacraltumor (No. 68), 1mal ist als Ursache des räumlichen Missverhältnisses Hydrocephalus angegeben (No. 1), jedenfalls mag wohl in vielen anderen Fällen auch Beckenverengerung vorgelegen haben, jedoch fehlen nähere Angaben. Einzig steht der Fall von Jaeggy (No. 22) da, wo nach Ausführung des Kaiserschnittes der Operateur nur mit großer Mühe mittels der Zange, von oben her angelegt, den Kopf aus dem engen Becken herausbekam (ich kenne wenigstens bisher kein Pendant zu diesem Falle).

18mal handelte es sich um Mehrgebärende (No. 5, 10, 17, 19, 22, 27, 28, 30, 36, 41, 44, 47, 50, 55, 60, 62, 68, 69) — 7mal um Erstgebärende (No. 15, 16, 20, 34, 42, 43, 56), für die übrigen 48 Fälle fehlen leider diesbezügliche Angaben.

Nur 9mal ist ausdrücklich angeführt, dass die Frucht todtfaul war: No. 12: (seit 6 Tagen gestorben), No. 13: (8monatliche todtfaule Frucht), No. 17, 21, 43 (todtfaule syphilitische Frucht), No. 50, 52, 57, 65.

Der Schädel blieb 14mal nach ad hoc ausgeführter Dekapitation zurück: No. 16: (Hegar), No. 18: (Hejdukowski), No. 20: (Heussner), No. 22: (Jaeggy), No. 31: (Kupozykow), No. 32: (Larrouture), No. 34: (Lesi), No. 41: (Narath), No. 55: (Rémy), No. 62: (Schwarz), No. 67: (Valenta), No. 68: (Żemczużnikow), No. 69: (Horwitz), No. 70: (v. Rein), No. 36: (Loisnel), in den übrigen 56 Fällen scheint es sich um Abreißung gehandelt zu haben

23mal durch einen Arzt: No. 2, 7, 9, 10, 12, 15, 24, 28, 29, 41, 42, 43, 45 bis 50, 53, 57, 60, 61, 65, 66.

4mal durch die Hebamme: No. 21, 25, 59, 64.

5mal durch Dorfweiber: No. 20, 26, 30 (mit Schnur um den Hals des Kindes gewickelt), 33, 35.

1mal durch den Gatten der Kreißenden: No. 27.

2mal durch andere Männer: No. 12, 58.

1mal durch die Gebärende selbst: No. 56 (?)

1mal durch einen Feldscher: No. 17.

1mal durch einen »unlicensed practicioner«.

15mal ist nicht erwähnt, durch wenn der Kopf abgerissen wurde: No. 1, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 13, 14, 23, 38—40, 51, 63.

Nur in 11 Fällen handelte es sich, wie ausdrücklich angegeben ist, um nicht reife Früchte: No. 5 (Brydon: 5monatlicher Abort), No. 7 (Fincke: Frühgeburt im 6. Monate), No. 13 und 14 (Gromadzki: 8monatliche Früchte), No. 43 (Neugebauer: Frühgeburt einer todtfaulen syphilitischen Frucht), No. 49 (Purslow: Abort im 5. Monate), No. 54 (Raum: Abort vom 4.—5. Monate), No. 59 (Saxtorph: Frühgeburt im 7. Monate), No. 61 (Schauta: Künstliche Frühgeburt im 7. Monate), No. 65 (Talko-Hryncewicz: Frühgeburt im 8. Monate), No. 66 (Tóth: Frühgeburt im 8. Monate), in den übrigen Fällen wie es scheint, um ausgetragene Früchte.

11mal handelte es sich um mehr oder weniger protrahirte Retention des Schädels, Zerfall auf dem Wege der Eiterung und Jauchung und spontane Ausstoßung einzelner Knochen, theilweise Extraktion der einzelnen Knochen per vaginam, per rectum oder aus dem Parametrium oder auf dem Wege des Bauchschnittes:

No. 7. (Fincke: Extraktion eines Harnsteines, der im Septum vesico-vaginale in einer Blasen-Scheidenfistel eingekeilt war und Fötalknochen enthielt — 16 Jahre nach der Retention des Schädels.)

No. 8. (Flecken: 3 Monate nach Embryotomie ein Knochenstück aus dem Septum vesico-vaginale entfernt.)

No. 10. (Freund: Knochenfragmente nach 10 Jahren ex cervice uteri extrahirt, früher ein Knochen von der Pat. eigenhändig per rectum extrahirt, der durch eine Recto-Vaginalfistel dahin eingedrungen war.)

No. 11. (Gessner: der verjauchte Schädel entfernt aus einer Jauchenhöhle im Parametrium.)

No. 28. (Kośiński: 7 Monate nach Retention des Schädels Entfernung der Knochen durch Bauchschnitt-Uterusruptur oder spontane Druckusur?)

No. 36. (Loisnel: Entfernung der Schädelknochen 3½ Monat post partum bei bestehender Cervico-Utero-Vesicalfistel. Eine Recto-Vaginalfistel bestand ebenfalls.)

No. 41. (Narath: Extraktion eines retinirten Schädelknochens, in der Folge Bauchschnitt wegen Dünndarm-Scheidenfisteln nach Perforation durch Fötalknochen.)

No. 42. (Opitz: Schädelknochen entfernt 2½ Jahre nach Kranioklasie.)

No. 54. (Raum: Schädelknochen ex utero extrahirt mehrere Monate nach einem 4—5monatlichen Abort.)

No. 66. (Tóth: 16 Monate nach Schädelretention einzelne Knochen ex utero extrahirt.)

No. 67. (Valenta: Extraktion der einzelnen Schädelknochen 40 Tage nach Retention.)

No. 68. (Żemczużnikow: Extraktion des Schädels nach 10 Monaten.)

Unter den Komplikationen, welche durch die Schädelretention hervorgerufen wurden, sind zu nennen: die Blasen- und Darmfisteln.

Mastdarm-Scheidenfistel und Blasen-Scheidenfistel (No. 7 Fincke).

Mastdarm-Scheidenfistel (No. 10 Freund).

Entstehung einer breiten Kommunikation sowohl des Dünndarmes als auch des S romanum mit der Höhle, in der 7 Monate post partum das knöcherne Schädelgehäuse beim Bauchschnitte gefunden wurde (No. 28 Kośiński).

Vesico-Uterinfistel und Recto-Vaginalfistel konstatirt 3½ Monat nach Schädelretention (No. 36 Loisnel).

Kommunikation zweier Dünndarmschlingen mit der Vagina 6 Monate nach Schädelretention (No. 41 Narath).

Fistula laqueatica cervico-vaginalis anterior 10 Monate nach Schädelretention entdeckt [durch Perforation entstanden] (No. 68 Żemczużnikow).

Glänzend waren die therapeutischen Erfolge von Kośiński und Narath, welche eine Dünndarmresektion ausführen mussten. Namentlich kann Narath stolz darauf sein, seine Pat. wiederhergestellt zu haben bei einer schwierigen und mühseligen Kur (s. dessen ausgezeichnete Arbeit l. c.).

Bezüglich des Corpus delicti, des zurückgebliebenen Schädels, ist angegeben, dass derselbe 6mal in toto spontan ausgetrieben wurde (No. 26, 46, 51, 56, 59, 65), 7mal auf längere Zeit retinirt und auf dem Wege der Eiterung theilweise eliminirt wurde (No. 7, 10, 11, 28, 36, 41, 68).

4mal wurde der Schädel erst an der Leiche extrahirt (No. 38, 59, 63, 70). 10mal wurde Behufs Extraktion der Bauchschnitt gemacht (No. 3, 5, 21, 32, 37, 63, 20, 34, 35, 28). 1mal die Symphyseotomie (No. 62), für 4 Fälle fehlen die Details — in den übrigen Fällen fand die Extraktion oft nach unzähligen vergeblichen stundenlangen Versuchen statt manuell oder instrumentell, 2mal mit Hilfe einer Schädelausspülung Behufs Gehirnentleerung durch den Wirbelkanal des Halswirbelsäulenstumpfes (No. 1 und 15).

Sehr interessant wäre es, für jeden einzelnen Fall Angaben über die Placenta, Modus der Entfernung resp. Verbleib zu erhalten, leider sind nur für wenige Fälle

Angaben gemacht; 1mal fand der Arzt die Nabelschnur abgerissen, 1mal wurde die Placenta wegen Blutung ex utero entfernt trotz Schädelretention (die Frau wurde dann erst viele Kilometer weit in ein Hospital gebracht Behufs Entfernung des Schädels und genas dabei), 1mal wurde die Placenta ihrem Schicksale überlassen, vom 3.—8. Tage spontan in Stücken ausgestoßen. Valenta extrahirte Placentareste am 40. Tage post partum. Die Kasuistik liefert Beispiele von ganz kolossaler Widerstandsfähigkeit des Organismus und ungewöhnlicher Toleranz resp. Selbstvertheidigung gegen den faulenden organischen Fremdkörper.

Das therapeutische Vorgehen der Ärzte war gewiss nicht in jedem Falle richtig (oft war die Abreißung des Schädels einfach die Folge einer unrichtigen Extraktionsweise des Rumpfes — wo das Kinn am oberen Schamfugenrande sich anhaken musste —), namentlich wo der Arzt ohne das nöthige Instrumentar zur Gebärenden kam und ohne Narkose oft stundenlang vergeblich experimentirte, andererseits aber enthält die Kasuistik auch Triumphe des ärztlichen Handelns. Bei dem großen Letalitätsprocent dieser Fälle spielt natürlich die Uterusruptur und puerperale Sepsis eine große Rolle, um so mehr als viele Fälle aus einer Zeit datiren vor der Ära der Antisepsis und Asepsis. In vielen Fällen kam der Arzt, wo also von Prophylaxe, was die Hauptsache ist, nicht mehr die Rede sein konnte, zu dem fait accompli der stattgehabten Abreißung des Schädels und galt es hic et nunc zu handeln, wie nun gerade die Verhältnisse lagen!

Ich setze voraus, dass dieser Aufsatz weitere kasuistische Mittheilungen, so wie eine Diskussion der Frage der Schädelretention, ihrer Prophylaxe und Therapie auf einem der nächsten Kongresse zur Folge haben wird. Es wird vor allen Dingen Narkose Behufs Entfernung des Schädels verlangt werden, die Zange wird, wo irgend ein räumliches Missverhältnis vorliegt oder ohne letzteres eine Unmöglichkeit, den Schädel passend zur Zangenextraktion einzustellen, unbedingt der Verkleinerung des Schädels durch Enthirnung Platz machen, der Perforation und Kranioklasie. Der Praktiker wird eine eingehende Besprechung der Frage, illustrirt durch kasuistische Beispiele, mit Dank entgegennehmen.

Persönlich würde ich, wo nicht alsbald eine manuelle Extraktion sub narcosi gelingt, ohne weitere Versuche sofort zu Naegele's Perforator und einer einfachen Kranioklastextraktion schreiten.

II.

Cystenbildung in Ovarialresten.

Von

Dr. **Hugo Ehrenfest** in St. Louis. Mo.

Noch ist die Frage nicht entschieden, ob ein konservatives Vorgehen im Sinne des Belassens der Ovarien bei gewissen gynäkologischen Operationen für die operirten Frauen Vor- oder Nachtheil bedeutet. Die Ansichten der größten Fachgelehrten stehen sich diametral gegenüber und es wird wohl noch vieler Statistiken bedürfen, ehe wir eine endgültige Lösung dieser Frage erreichen werden. Von einer gewissen Bedeutung für die Beurtheilung der Sache scheinen nun die von Fischer (Centralblatt für Gynäkologie 1900 No. 31) und Waldstein (Centralblatt für Gynäkologie 1900 No. 40) berichteten Fälle von Cystenbildung in absichtlich oder unabsichtlich zurückbelassenen Ovarialresten zu sein. Gewiss treten solche Veränderungen nicht allzu häufig ein — procentual vielleicht nahezu

eben so selten wie Carcinombildung im zurückgelassenen Cervixstumpfe nach ausgeführter supravaginaler Amputation — aber jedenfalls häufiger, als man im Allgemeinen annimmt.

Martin sagt (Eulenburg's Realencyklopädie 1895. Bd. VI. p. 307): »Wohl aber scheint mir die Frage sehr ernstlich zu erwägen zu sein, ob man Ovarien, in denen schon kleine Kystome sich zeigen, oder überhaupt solche Organe, die mit erkrankten Tuben in einem erkrankten Peritoneum liegen, zurücklassen darf; ich bin geneigt, darauf mit Nein zu antworten, da ich in nunmehr 6 Fällen schließlich diese Gebilde nachträglich durch eine zweite Köliotomie haben herausnehmen müssen.«

Der eigentliche Zweck dieser Zeilen ist aber, darauf aufmerksam zu machen, dass auch in der amerikanischen Litteratur Fälle von Cystenbildung in zurückgelassenen Ovarien bekannt sind.

H. C. Coe (Ovariancystoma developing from the remains of an ovary left after a conservative operation. Amer. gynäkol. and obstetr. journ. 1897 p. 699 December) berichtete über einen Fall, in welchem im Juni 1896 wegen gonorrhoischer Erkrankung der Adnexe per vaginam links die Tube sammt Ovarium, rechts bloß die Tube exstirpirt worden war; das ziemlich normal (fairly normal) erscheinende rechte Ovarium wurde zurückgelassen. Nach der Operation bestanden stets Schmerzen. Später wurde beobachtet, dass sich ein ungefähr orangengroßer Tumor, rechts dem Uterus anliegend, entwickelt habe. Mittels Laparotomie wird nun im Mai 1897 eine nur wenig adhärente Cyste des rechten Ovariums entfernt. Coe verweist in seinen Ausführungen auf die oben citirte Meinung Martin's.

In einer Sitzung der New Yorker geburtshilflichen Gesellschaft (13. Februar 1900, referirt Amer. journ. of obstetr. März 1900. p. 389) hatte Coe neuerdings Gelegenheit, einen solchen Fall zu demonstriren.

Bei einer Pat. war im Jahre 1897 per laparotomiam die linke Tube, sammt Ovarium entfernt worden. Im März 1899 wurde wegen starker Beschwerden nun auch die rechte Tube, die verdickt und verklebt war, exstirpirt, das normal aussehende Ovarium belassen. Im Februar 1900 musste mit Hilfe einer dritten Laparotomie eine ca. orangengroße Cyste des rechten Ovariums entfernt werden. Sie hatte bedeutende Beschwerden verursacht. Es handelte sich um eine einfache Follikelcyste..

In der dem Vortrage folgenden Diskussion theilt Waldo mit, dass er kurz vorher einen ähnlichen Fall gesehen, in welchem sich eine Cyste in einem zurückgelassenen Ovarialreste entwickelt habe; und konstatirt ferner Mc. E. Emmet, dass er selbst zwei solche Fälle beobachtet habe.

Referate.

1) R. Olshausen. Beitrag zur Lehre vom Mechanismus der Geburt auf Grund klinischer Beobachtungen und Erfahrungen.

Stuttgart, F. Enke, 1901, mit 5 Abbildungen.

Jemand, der, wie der Verf., einen großen Theil der deutschen jungen Ärzte ausbildet und das beliebteste Lehrbuch der Geburtshilfe in immer neuen Auflagen in Deutschland verbreitet, hat gewiss nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, seine Anschauungen über den Geburtsmechanismus etwas ausführlicher darzulegen, als es in dem engen Raume eines Lehrbuches möglich ist. Ich kann mich nur dem Wunsche der Vorrede anschließen, dass diese Mittheilungen dazu beitragen, die Forschung über den Geburtsmechanismus von Neuem anzuregen.

Zunächst betont der Verf. mit Recht, dass die Erklärung des Mechanismus nach rein physikalischen Gesetzen, die exakte mathematische Methode nicht das geleistet hat, was wohl viele fleißige und eifrige Forscher erwarteten. Auch die Entwicklung der Ansichten aus den Gefrierschnitten, die uns seit den Braune'schen schönen Arbeiten zu Gebote stehen, muss mit vielen Fehlerquellen rechnen, da die Leichenveränderungen durch Zurücksinken des Uterus unnatürliche Verhältnisse schaffen. Durch Messungen bei der lebenden Gebärenden stellt der Verf. fest, dass die durch die Presswehen hervorgebrachte Stellungsänderung des Uterus meistens eine Steigerung der Anteversion ist. Im folgenden Abschnitte polemisirt Verf. gegen die Darstellung Lahs'. Der A. J. D. wirkt nur in der Erweiterungsperiode vor dem Blasensprunge. Danach in der Austreibungsperiode wirkt der Fruchtachsendruck. Der F. W. D. tritt in Wirkung, wenn das Fruchtwasser größtentheils abgeflossen ist, der Uterus dadurch zu einem engen Schlauche geworden ist, sich in seiner Längsrichtung verkürzt und der Steiß dem Fundus uteri anliegt. Das Anliegen des Steißes im Fundus hält der Verf. entgegen Schröder's Darstellung für sicher. Die geringe Menge des Nachwassers kann nicht gegen das Anliegen des Steißes sprechen, wie Verf. experimentell festgestellt hat. Bei ca. 300 g Nachwasser wird in der Regel der Steiß dem Fundus anliegen. Zwar wird unzweifelhaft die Bauchpresse den Fruchtachsendruck verstärken, doch schrieb ihr Schröder eine große Wirksamkeit zu. Dies beweist die Beobachtung, dass durch starkes Pressen in der Wehenpause nur selten der letzte Widerstand beim Herauspressen des Kopfes überwunden wird. Für die Wirkung des F. W. D., der beim Herauspressen des Kopfes neben der Bauchpresse noch sehr wirksam ist, spricht auch das Tiefertreten des Hinterhauptes. Hierauf wird der specielle Geburtsmechanismus geschildert, die Drehung des Hinterhauptes nach unten wird in der hergebrachten Weise dargestellt. Dagegen erkennt der Verf. die verschiedenen Erklärungen der Dre-

hung mit dem Hinterhaupte nach vorn nicht an und führt aus — wie im Originale nachzulesen ist —, dass die Drehung des Hinterhauptes durch die Drehung des kindlichen Rumpfes bedingt oder bewirkt wird. Diese Einwirkung des Rumpfes auf den Kopf, die durch den Einfluss des Beckenbodens gesteigert oder vollendet wird, ist der wesentlichste Grund der Drehung des Hinterhauptes nach vorn. Dann kommt das Hinterhaupt dadurch zum Austritt, dass der Schädel zum einarmigen Hebel wird, der F. W. D. das Kinn abwärts treibt, also den Schädel um die quere Achse dreht.

Es ist sehr schwer, eine derartige Schrift zu referiren, da die Darstellungen des Verf. so knapp und klar sind, dass man sie eigentlich, um verstanden zu werden, völlig abschreiben müsste. Jedenfalls hoffe ich, dass die Leser in diesem Referate nur eine weitere Anregung erblicken mögen, die Schrift zu studiren.

Fritsch (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 11. Januar 1901.
Vorsitzender: Herr Odebrecht;
Schriftführer: Herr Gebhard; zeitweise Herr Strassmann.

I. Demonstration von Präparaten.

Herr Olshausen zeigt ein Paar zweieiige Zwillinge (Mädchen) von sehr verschiedener Entwicklung. Das eine vor 20 Minuten gestorbene Neugeborene wiegt 1150 g bei 37 cm Länge; das andere 2510 g bei 47 cm Länge. Die Placenta war einfach: das Chorion doppelt. Einen Beweis für Superfötation giebt diese große Differenz nicht, da auch eineiige Zwillinge bisweilen eben so große Differenzen zeigen. Zwillinge werden eben nicht selten sehr ungleich im Uterus ernährt.

Herr Baur berichtet über zwei Fälle aus der geburtshilflichen Poliklinik von Dr. Orthmann, die nach spontaner kompleter Uterusruptur konservativ behandelt und genesen sind.

In dem 1. Falle, der bereits ausführlich in diesem Centralblatte (1900 No. 39) veröffentlicht wurde, handelte es sich um eine 25jährige IIpara (1. Geburt leicht), in dem zweiten um eine 42jährige VIpara (2 spontane Geburten, 2 Aborte, 1 Perforation). Nach 2tägiger Geburt trat Spontanruptur ein; der 1. Fall wurde durch Forceps, der 2. durch Perforation beendet. Im 1. Falle war die Schulter des Kindes, im 2. der Arm in die freie Bauchhöhle ausgetreten; vor und nach der Entbindung war der Blutabgang gering. Im 1. Falle wurde die Placenta aus der Bauchhöhle herausgeholt; im 2. Falle wurde sie durch Credé aus dem Uterus entfernt. Die Rupturstelle begann in beiden Fällen im rechten Scheidengewölbe, setzte sich in das Ligamentum latum und die rechte Uteruswand fort und verlief dann im letzten Falle quer über die vordere Uteruswand, etwa in der Höhe des Blasenvertex.

In beiden Fällen wurde die Rupturstelle und Scheide mit Jodoformgaze austamponirt und von außen ein Kompressivverband angelegt. Beide Fälle waren durch Nebenkrankheiten (Pneumonie, bezw. Gelenkrheumatismus) im Puerperium komplicirt; beide Fälle konnten nach 5 Wochen geheilt entlassen werden; Uterus frei beweglich, im 1. Falle retroflektirt, im 2. anteflektirt. In beiden Fällen waren die Kinder sehr groß, während die Beckenmaße keine auffallenden Abweichungen aufwiesen.

Die Pat. von dem letzten Falle wurde vorgestellt.

Herr Olshausen findet die Beobachtung, dass der Kopf nach dem Eintritte der Ruptur ins Becken getreten ist, besonders wichtig. — Wo bei im Becken stehendem Kopfe die Ruptur konstatirt wird, ist es immer fraglich, ob der Eintritt in das Becken der Ruptur nicht vorausging.

Herr Bröse stellt eine 21jährige Frau vor, bei welcher er wegen Retroflexio uteri gravidi im 2. Monate der Schwangerschaft die Alexander-Adams'sche Operation ausgeführt hat. Der Uterus lag stark retroflektirt, der Fundus tief im Douglas, ließ sich zwar leicht aufrichten, aber durch keine Art von Pessar, trotz wochenlanger Versuche, in der richtigen Lage erhalten. Die Beschwerden wurden unerträglich; auch war die Gefahr einer Incarceration bei der starken Rückwärtsbeugung nicht auszuschließen, so dass desshalb die Alexander-Adams'sche Operation ausgeführt wurde. Die Operation wurde sehr gut vertragen, die Frau befindet sich jetzt im 4. Monate der Gravidität und ist ohne jede Beschwerden.

Herr Mackenrodt: Ich finde den Uterus in leidlicher, aber nicht korrekter Lage und das hintere Scheidengewölbe außerordentlich dehnungsfähig und die ganze Scheide genügend geräumig. Ich wundere mich, dass es Herrn Bröse nicht gelungen ist, den Uterus mit dem Pessar festzuhalten. Die operative Behandlung des retroflektirten schwangeren Uterus, so weit sie über die etwaige Lösung von Verwachsungen in Narkose hinausgeht, halte ich heute für unangebracht, Recidive post partum sind gar nicht zu vermeiden. Ich glaube, dass, wenn man diesen Uterus in Narkose aufrichtet, das Pessar doch hält. Mehr als die Incarceration zu verhüten, haben wir nicht zu leisten.

Ich wollte mir nur noch die Bemerkung erlauben, dass man aus der Form der Scheide und der Nachgiebigkeit der Bänder in diesem Falle doch beurtheilen kann, ob ein Pessar so weit wenigstens die Stellung des Uterus beeinflusst hätte, dass keine Incarceration zu befürchten war.

Herr Bröse erwidert Herrn Mackenrodt, dass in diesem Falle die Unmöglichkeit, den Uterus durch ein Pessar in der richtigen Lage zu erhalten, nicht in der mangelhaften Entwicklung des hinteren Scheidengewölbes, sondern in der außerordentlichen Erschlaffung der Uterusmuskulatur an der Knickungsstelle lag, so dass der Uterus über den hinteren Bügel jedes auch noch so gut sitzenden Pessars hinüberfiel. Nicht so sehr die Furcht vor einer Incarceration der Retroflexio — B. ist es sehr wohl bekannt, dass in der Regel der retroflektirte gravide Uterus sich spontan aufrichtet — als die heftigen Beschwerden der Kranken gaben die Veranlassung zur Operation. Der Uterus war nicht etwa fixirt, sondern ganz frei beweglich.

Der Vorsitzende kann sich mit der Indikation zur Operation auch nicht befreunden und giebt der Ansicht Ausdruck, dass vielleicht eine in Narkose ausgeführte Reposition vollständiger geglückt und dann die Normallage mit Pessar zu erhalten gewesen wäre.

Herr P. Strassmann: Die Gefahr der Incarceration ist äußerst selten, eine große Anzahl Uteri richtet sich spontan auf, es seien denn Adhäsionen, enges Becken, enge Scheide, Myom etc. vorhanden.

In hartnäckigen Fällen verzichte man zunächst auf Erreichung einer Anteflexio uteri gravidi und nehme kein gekrümmtes Pessar, sondern einen flachen Ring, der den Uterus aus dem Becken hält. Er wird schließlich meist herumwachsen. Selbst bei Uterus gravidus fixus lässt sich dies erreichen (2 Fälle, in einem wurde durch Massage das Emporsteigen unterstützt. Incarceration trat auch hier nicht ein. Eine trug aus, Eine hatte eine Frühgeburt von 6 Monaten. Das Organ lag vom 4. Monate an anteflektirt, die Aufrichtung in Narkose, bei der das Abreißen der Adhäsionen gefühlt wurde, hatte zuvor nicht dauernde Anteflexio erreichen lassen).

Die Möglichkeit einer Incarceration ist noch kein Grund zur Operation.

Herr Steffeck empfiehlt, in hartnäckigen Fällen von Retroflexio uteri gravidi die Tamponade der Vagina der Pessarbehandlung voranzuschicken.

Herr Bokelmann hält es, unbeschadet der Indikationsstellung des Herrn Bröse, nicht für nöthig, jeden in Retroflexionsstellung gefundenen Uterus aufzurichten. Vielmehr ist eine Behandlung nur nothwendig, wenn die Lageveränderung Beschwerden macht.

II. Herr Gebhard hält den angekündigten Vortrag: Zur operativen Behandlung der Retroversio-flexio uteri.

Vortr. beschreibt eine Methode zur vaginalen Ventrofixation des Uterus, welche er in bis jetzt 4 Fällen mit Erfolg ausgeführt hat. Colpotomia ant. Hervorholen des Uterus. Umstechung der Ansatzstellen der Ligg. rotunda beiderseits mittels langer Katgutzügel. Diese werden durch das Öhr einer gestielten krummen Nadel gezogen, mittels der letzteren unter Leitung der in die Bauchhöhle eingeführten Finger oberhalb der Blase durch die Bauchdecken hindurchgeführt und über einer Gazerolle geknotet. Schluss der Vaginalwunde.

Der Effekt der Operation ist gleich der einer abdominalen Ventrofixation und dürfte auch bezüglich des Dauerresultates der klassischen Ventrofixation gleichkommen.

(Die Diskussion wird vertagt).

III. Diskussion zu dem Vortrage des Herrn Strassmann: Über Placenta praevia.

1) Herr Behm bemerkt bezüglich der Therapie der Placenta praevia totalis, dass er bereits vor 18 Jahren in seiner Arbeit »Über die kombinirte Wendung bei Placenta praevia« den Grundsatz aufgestellt habe, nicht nur die spontane völlige Erweiterung des Muttermundes nach der kombinirten Wendung abzuwarten, sondern auch die völlige spontane Austreibung! — Er warnt dringend davor, von diesem Grundsatze abzuweichen, weil selbst die schonendste Extraktion sich bitter rächen kann. Als Beweis führt er einen Fall von Placenta praevia totalis an, bei dem ein Kollege sich auf Drängen der Angehörigen und der Hebamme verleiten ließ, an die mit bestem Erfolge ausgeführte kombinirte Wendung eine ganz langsame, schonende Extraktion anzuschließen, um ein lebendes Kind zu erhalten. Das Resultat war: Mutter und Kind todt. Die Frau verblutetete sich unter den Händen des Arztes an reiner Atonie, wie die später von B. gemachte Sektion erwies; und das tief asphyktisch geborene Kind, um welches sich Niemand kümmern konnte, ging inzwischen gleichfalls zu Grunde. Der Herr Kollege war also nicht so glücklich, wie Herr Strassmann, der ungestraft von obigem Grundsatze abweichen konnte und sogar den Eltern zur Pathenschaft des Kaisers verhalf. Auch obige Frau würde nach B.'s Erfahrungen, der unter 52 Fällen von Placenta praevia (darunter 20 Placentae praeviae totales) keine Frau verlor, gerettet sein, wenn man die völlige spontane Austreibung abgewartet hätte, und das Kind wäre vielleicht auch noch am Leben geblieben — während früher bei noch so schonender Extraktion 50—60% der Mütter starben.

Der Hauptwerth bei der spontanen Austreibung ist neben der Vermeidung lebensgefährlicher Cervixrisse auf die Thrombosirung der Placentarstelle, so weit sie sich in dem physiologisch atonischen unteren Uterinsegment befindet, zu legen. Wenn sich die Austreibung wie gewöhnlich 1 Stunde und länger (in 1 Falle sogar 11 Stunden) hinzieht, kommt diese sicher dadurch zu Stande, dass der tiefer rückende Kindskörper einerseits die Placenta durch Dehnung der Haftfläche löst, andererseits sie aber wieder nach der Lösung so fest gegen die Haftfläche drückt, dass keine Blutung eintreten kann. — Nebenher gewinnt man beim Abwarten der Austreibung Zeit, hochgradig anämische Frauen durch Analeptica, Kochsalzinfusionen in den Darm etc. zu kräftigen. — Leider kann auch die spontane Austreibung bei Placenta praevia so schnell erfolgen, dass Zeit zur Erholung und vor Allem zur Thrombenbildung ausbleibt. In einem solchen Falle, wo die Austreibung nur $^1/_4$ Stunde dauerte, hätte die Frau sich sicher verblutet, wenn nicht nach Erschöpfung der üblichen Blutstillungsmethoden schließlich die Tamponade der atonischen Placentarstelle mit in Acid. carbol. liquef. ausgedrückter

und dadurch steril gemachter Watte die Blutung zum Stehen gebracht hätte. 3 Wattebäusche, wie man sie mit der Hand umfassen konnte, um zugleich durch die umschließenden Finger und die Hand den Genitalschlauch, besonders die Vulva, vor Anätzen möglichst zu schützen, genügten, die Blutung a tempo zu stillen. Das Wochenbett verlief normal: keine größere Schmerzhaftigkeit, keine Karbolintoxikation oder unangenehme Narbenbildung wurde beobachtet. B. würde auch in Zukunft, nachdem er noch 2 ähnliche Fälle in 18 Jahren behandelt hat, bei atonischen, sonst nicht zu stillenden Blutungen aus dem unteren Uterinsegmente diese Art der Tamponade jeder anderen als sicher und ungefährlich wirkend vorziehen, besonders auch derjenigen mit Jodoformgaze, die in dem physiologisch atonischen unteren Uterinsegmente durch ihre starke hygroskopische Eigenschaft eher eine Drainagewirkung ausübt, während die Watte mit Acid. carbol. liquef. mit der Wundfläche förmlich verfilzt und so die Blutung sicher stillt.

2) Herr Steffeck: Im Gegensatze zu dem Herrn Vorredner hat mich der anatomische Theil des Vortrages des Herrn Strassmann am meisten interessirt. Herr Strassmann hatte, wenn ich nicht irre, die Absicht, durch seine Demonstrationen eine tiefe Implantation des Eies als Ursache der Placenta praevia zu beweisen. Nur ist mir nicht recht klar geworden, woraus Herr Strassmann schließen kann, ob in den vorgeführten Placenten die Gefäße ascendiren oder ob sie descendiren. Hierüber möchte ich noch um Aufschluss bitten.

Bezüglich der Reflexaplacenta glaube ich, dass diese bisher die einzige Ätiologie der Placenta praevia ist, die anatomisch sicher bewiesen ist. — Im Übrigen stimme ich Herrn Strassmann vollkommen darin bei, dass nicht alle Placentae praeviae »unter einen Hut zu bringen sind«, sondern dass es verschiedene Ätiologien giebt.

Herr P. Strassmann (Schlusswort) giebt Herrn Steffeck zu, dass die Hofmeier'schen Präparate das Bestehen einer Zottenentwicklung auf der Reflexa nicht bezweifeln lassen. Nur fragt es sich, ob dies eine Rolle bei Placenta praevia spielt. Abgesehen von den Einwänden von v. Herff, Ahlfeld, dass es sich hier um Frühstadien gravider Uteri handelt, ist selbst, wo Derartiges bei Placenta praevia vorkommt, nicht die Reflexabewurzelung das Ätiologische, nicht das Wesen der Placenta praevia. S. deutet diesen Befund vielmehr so, dass das auf ungünstigem Nährboden inserirte Ei Alles heranzieht, was es bewurzeln kann, und so auch einmal die Reflexa mit hineingelangt bezw. länger mit benutzt wird. S. erwähnt noch einmal die die Uterusschleimhaut schädigenden Momente, Inkongruenz von Alter und Geburtsziffer (alte Ipara, junge Pluriparae), schnelle Geburtsfolge, Endometritis, Aborte etc. und ihre Beziehungen zu sekundärer oder primärer Placenta praevia.

Die Begriffe ascendirende, descendirende, zonirende Gefäßentwicklung hat S. bestimmt, indem er diese von der Nabelschnurinsertion aus und dem leicht zu bestimmenden Punkte des vorliegenden Abschnittes der Placenta, an oder in dem der Riss sich befindet, aus betrachtete. Die Insertionsstelle der Nabelschnur muss man doch wohl als den Anfangspunkt der Zottenvaskularisation ansehen. Ascendirende Gefäße streben von dieser Stelle aus nach oben, descendirende nach abwärts. Die Berechtigung, aus dem Gefäßverlaufe — dem Gefäßskelette — auf die Entwicklung der Placenta Rückschlüsse zu machen, erklärt S. so, dass von den ursprünglich um das ganze Ei sich meridianartig verzweigenden Gefäßen (Schatz) die Hauptbahnen an den Strecken sich ausbilden, wo die stärkste Entwicklung von Zotten stattfindet (also nach den Prädilektionsstellen im Uterus). Daher ist bei tiefer Einsiedelung — der häufigsten Form von Placenta praevia — die Gefäßentwicklung ascendirend. Aktives Wachsthum und passive Dehnung, so wie Atrophien führen zu Vas aberrans, Insertio velamentosa. An 2 Beispielen (Entwicklung einer Extremität, Entwicklung des Eierstockes und der großen Gefäße dieser Organe) wird die Beziehung des Gefäßverlaufes als Ausdruck des Entwicklungsganges erörtert.

Die Namen (ascendirend, descendirend, zonirend) sind nur Bezeichnungen topographischer Beziehungen in Folge funktioneller Anpassung, die aber auch die klinischen Bilder beeinflussen.

Herr Behm hat Recht, dass im Allgemeinen nicht extrahirt werden darf. In dem erörterten Falle wurde dem Wunsche der Eltern Rechnung getragen.

Reine Karbolsäure als Blutstillungsmittel möchte S. aus vielen Gründen nicht mit empfehlen.

S. hatte auf 100 Placentae praeviae 5 Todesfälle der Mütter: 1 an Cervixriss (zu tiefes Herabziehen des Steißes bei der kombinirten Wendung), 2 an Anämie ohne Risse (1 trotz Uterustamponade), 2 an Sepsis (1 vorher von anderer Seite mit Watte tamponirt, Wendung im Ärztekurse, die andere schwer anämisch und mit 38,5 übernommen).

IV. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Orthmann demonstrirt a. einen im 3. Monate schwangeren Uterus mit Carcinom der hinteren Lippe, den er heute durch vaginale Totalexstirpation entfernt hat. — Das Präparat stammt von einer 28jährigen IIIpara, die seit Ende Oktober im Anschlusse an die letzte regelmäßige Periode an unregelmäßigen Blutungen litt. Das Carcinom war bereits nach hinten und rechts auf die Scheide übergegangen.

b. Demonstration eines peri-urethralen Carcinoms von Walnussgröße, das von einer 75jährigen Ipara stammt. Seit 2 Jahren sollen unregelmäßige Blutungen bestanden haben. Die Urethra verlief mitten durch den Tumor hindurch und mündete in einen schmalen, kaum sichtbaren Spalt genau in der Mitte des Tumors. — Der Tumor wurde am 13. November v. J. exstirpirt; 3 cm von der Urethra wurden resecirt. Die Rekonvalescenz war glatt; es trat nur eine ganz vorübergehende Inkontinenz ein. Die Pat. konnte nach 14 Tagen mit einer kleinen granulirenden Stelle oberhalb der Urethra, aber vollkommener Kontinenz entlassen werden.

2) Herr Flaischlen: Das Präparat, welches ich Ihnen hier vorlege, stammt von einer 57jährigen Pat., Frau E., welche monatelang geblutet hatte. Es handelt sich hier um eine Kombination von Myom mit Drüsencarcinom des Corpus Der Uterus war außerordentlich vergrößert, er hatte den Umfang einer im 5. Monate schwangeren Gebärmutter. Dabei war die Scheide durch senile Schrumpfung hochgradig verengt.

Man konnte hier im Zweifel sein, ob man abdominal oder vaginal vorgehen sollte. Ich entschloss mich trotz der großen technischen Schwierigkeiten zur vaginalen Totalexstirpation. Bei der Operation riss die ausgelöste Cervix quer ab. Durch ausgiebiges Morcellement des Myoms gelang es, den großen Uterus vollkommen zu entwickeln. Die Pat. ist nach guter Rekonvalescenz vor einigen Wochen geheilt entlassen worden.

Neueste Litteratur.

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIV. Hft. 2.

1) Joh. G. Chrysopathes. Doppelseitige, reine Hämatosalpinx in Folge von harten, weißen Adenomyomen beider Tubenwinkel.

Wegen einer faustgroßen, prallgespannten, rechtsseitigen und einer kleineren, schlaffen, linksseitigen Hämatosalpinx wurden bei einer 30jährigen Frau die Anhänger beider Seiten per laparot. entfernt, während in derselben Sitzung der Uterus nach Schluss der Bauchhöhle von der Scheide aus exstirpirt wurde.

An der Übergangstelle der Tubentumoren in den Uterus fanden sich beiderseits haselnussgroße, steinharte Tumoren, die durch die mikroskopische Untersuchung als Adenomyome embryonalen Ursprungs erkannt wurden.

Diese Adenomyome sind als das ursächliche Moment für die Ausbildung der Hämatosalpinx beider Seiten zu betrachten, da sie rein mechanisch die Entleerung

des in den Eileiter bei der Mentruation ergossenen Blutes nach der Uterushöhle zu verhindert hatten.

Es spricht also dieser Fall für das Vorhandensein einer Tubenmenstruation.

2) E. Herrmann. Über ein mit einem Cystoma pseudomucinosum kombinirtes Teratom eines accessorischen Ovariums.

Bei einer 24jährigen unverheiratheten Pat. wurde durch Leibschnitt ein bis über den Nabel reichender, polycystischer Tumor entfernt, der ohne das Vorhandensein eines Stieles dem hinteren Blatte des Lig. latum dextr. lateral vom Ovarium und medial vom Parovarium breit aufsaß. Beide Ovarien lagen völlig unversehrt an normaler Stelle.

Während in den cystischen Tumorpartien Pseudomucin nachgewiesen wurde, ließen die soliden Abschnitte Abkömmlinge aller 3 Keimblätter erkennen.

H. leitet die in ihrer Art ein Unicum darstellende Geschwulst von einem Ovarium accessorium s. succenturiatum ab.

3) A. Goenner. Hundert Messungen weiblicher Becken an der Leiche.

Aus der großen Menge höchst wichtiger Ergebnisse der obigen Arbeit möchte ich hervorheben, dass die Maße für den Beckeneingang und -ausgang in sämmtlichen Lehrbüchern zu groß angenommen werden, da die zu Grunde liegenden Messungen am skelettirten Becken ausgeführt worden sind. Nach den allgemein üblichen Beckenmaßen würden 78% der vom Verf. gemessenen Becken enge Becken sein. Nimmt man dagegen als untere Grenze einer normalen Conjug. vera 9,5 cm, so erhält man 10% enge Becken in Basel, eine Zahl, die mit den Beobachtungen der dortigen Geburtshelfer übereinstimmt.

Nicht bedeutende Verengerungen des knöchernen Beckenausganges sind zahlreicher, als man glaubt. Auf sie sind die häufigen Störungen in der Austreibung des Kindskopfes zurückzuführen.

4) O. v. Herff. Über schwere Darm- und Magenlähmungen, insbesondere nach Operationen.

Das eingehende Studium der vorliegenden Arbeit kann jedem Praktiker nicht warm genug empfohlen werden; bei genügender Kenntnis der in der Arbeit beschriebenen Krankheitszustände und bei Befolgung der von v. H. gegebenen Rathschläge könnte sicher manches sonst verlorene Leben gerettet werden.

Es kommen akute Magenerweiterungen — zu $^1/_3$ nach Operation, in den übrigen Fällen spontan oder aus anderen als operativen Ursachen entstanden — mit Schwächung oder mit völliger Paralyse der Magenwandungen zur Beobachtung, die ihrerseits durch starke Anspannung der Radix mesenterii zu einem duodenalen Ileus führen können.

Die vom Verf. mühsam durchsuchte Litteratur enthält 54 hierher gehörige Fälle; dazu kommen 2 Fälle eigener Beobachtung mit Ausbildung post operationem.

Für Magenlähmungen nach Narkosen ist das Chloroform mit seiner Giftwirkung auf die nervösen Magencentra anzuschuldigen.

Wichtige Zeichen der akuten Magenlähmung sind: Andauerndes Erbrechen, verbunden mit heftigen Magenschmerzen und Aufgetriebensein der Magengegend im Gegensatze zu dem Darme, quälender Durst und beschleunigte Herzthätigkeit bei normaler oder subnormaler Temperatur.

Zum Zwecke der Behandlung einer eingetretenen Magenlähmung sind vorwiegend zu empfehlen: Systematische Magenspülungen bei Ausschluss jeder Ernährung durch den Magen, reichliche Nährklystiere, Kochsalzwasserinfusionen, Analeptica.

5) O. v. Franqué. Das beginnende Portiocancroid und die Ausbreitungswege des Gebärmutterhalskrebses.

Von den im Ganzen 38 wegen Gebärmutterkrebs exstirpirten Uteri wurden 23 mikroskopisch untersucht und die übrig bleibenden 15 bloß makroskopisch genau betrachtet.

In 6 Fällen handelte es sich um ein »beginnendes Portiocancroid«. Charakteristische Merkmale eines solchen sind: Das Ergriffensein bloß einer Lippe, eine

oberflächliche Ausbreitung der Neubildung mit Nichtübergreifen auf Cervicalkanal oder Scheidengewölbe und das Nichtüberschreiten von Taubeneigröße bei polypöser Tumorform.

Die übrigen 32 Fälle betrafen weiter vorgeschrittene Portio- oder Cervixcarcinome.

In keinem dieser 38 Fälle hatte von dem Tumor aus eine kontinuirliche oder metastatische Ausbreitung auf den Uteruskörper stattgefunden.

Es ist daher als bewiesen anzusehen, dass die supravaginale Amputation der Cervix bei beginnendem Portiocancroid eine vollberechtigte Operationsmethode darstellt.

Die anatomischen Verhältnisse widerstreiten dem nicht. Ein Portio- oder Cervixcarcinom folgt in seinem Wachsthume den Lymphgefäßen, es greift daher zunächst auf die Parametrien und erst nach Überschreiten des Orific. int. auf den Uteruskörper über.

Eine Infektion der Beckenlymphdrüsen ist bei beginnendem Portiokrebs weder jemals beobachtet worden, noch ist sie überhaupt zu erwarten. Die principielle Mitentfernung dieser Drüsen ist daher als unnöthig zu verwerfen.

Scheunemann (Breslau).

Verschiedenes.

4) **L. Casper** (Berlin). Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 41 u. 42.)

Nach C.'s Erfahrungen (35 Fälle) ist die Blasentuberkulose fast ausschließlich mit einer Tuberkulose in anderen Organen vergesellschaftet. Am häufigsten sind die Nieren, nächst ihnen die Genitalien, Samenblasen, Nebenhoden und dann die Lungen gleichzeitig erkrankt. Nur 3mal sah C. eine primäre Blasentuberkulose; in 2 Fällen schloss sie sich an eine gonorrhoische Cystitis an; bei einer Pat. blieb die Entstehung völlig dunkel.

In 11 von den 14 mit Nierentuberkulose komplicirten Blasenfällen ließ sich aus klinischem Befunde und Verlaufe schließen, dass die Niere der primäre Sitz des Processes war, während in 3 Fällen die Tuberkulose mit größter Wahrscheinlichkeit ascendirend war. Von 10 Fällen der Harn- und Genitaltuberkulose machten 7 Erscheinungen der Genitalsphäre vor der des Harnapparates. In 5 Fällen gleichzeitiger Blasen- und Lungenerkrankung war in allen die Phthise vor der Blasenaffektion diagnosticirt worden.

Bei den Phthisikern, Allgemeintuberkulosen, wie bei einigen primären Nierentuberkulosen war erbliche Belastung nachweisbar. In keinem einzigen Falle ließ sich nachweisen, dass eine tuberkulöse Infektion direkt durch die Kohabitation stattgefunden habe. Dagegen scheint Gonorrhoe häufiger zur Urogenitaltuberkulose zu führen, als man gemeinhin annimmt (in C.'s 35 Fällen 12mal, d. h. in 33% Gonorrhoe vorausgegangen). In 3 Fällen des Verf. schloss sich die Blasentuberkulose derart an die Gonorrhoe an, dass diese, bezw. ihre Folgeerkrankungen, noch nicht erloschen waren, als bereits Blasentuberkulose konstatirt wurde, während vor der gonorrhoischen Erkrankung nichts davon bemerkbar gewesen war. Er ist daher der Ansicht, dass die Gonorrhoe, besonders die der Blase, einem Trauma gleichzusetzen ist, das besonders bei belasteten Individuen eine für die Entwicklung der Tuberkulose günstige Prädisposition liefert.

Die Symptome der tuberkulösen Cystitis sind im Allgemeinen dieselben wie die der anderen Formen: Schmerz beim Uriniren und auch unabhängig davon, Harndrang, eitriger Urin; Blut manchmal makroskopisch, manchmal auch nur mikroskopisch erkennbar, fehlt oft gänzlich. Tuberkelbacillen finden sich nur in 50% der Fälle.

Im Cystoskop giebt im Allgemeinen die Blasentuberkulose keine specifischen Bilder; Tuberkelknötchen sind ein seltener Befund. Wenn nicht nöthig, soll man

überhaupt nicht cystoskopiren, da hierdurch der Process leicht verschlimmert, ja propagirt werden kann. Stets verdächtig ist bei chronischen Fällen eine permanent bleibende, verminderte Ausdehnungsfähigkeit der Blase. Wichtig ist ferner der Einfluss der Therapie. Bleiben sachgemäße Spülungen erfolglos, so handelt es sich entweder um keine reine Cystitis (Pyelitis), oder um Tuberkulose.

In jedem Falle von Blasentuberkulose ist eine allgemein roborirende, diätetisch-hygienische Behandlung angezeigt. Von inneren Mitteln empfiehlt C. Creosotal und Guajakolkarbonat innerlich oder als Ölklystier. Vor Ausdehnung der Blase durch Spülungen warnt er. Dagegen sah er günstige Wirkung von Einbringung von 5—10 ccm, nie mehr als 50 ccm, Sublimatlösung (1 : 10 000 bis 1 : 5000, höchstens 1 : 1000) mittels weicher Instrumente. Milchsäure, selbst in Form von Cocainum lact., erwies sich als zu schmerzhaft. Auch der Sublimatanwendung folgt stets ein schmerzhaftes Reaktionsstadium, so dass 1 oder 2 Tage nach derselben am besten Morphium gegeben wird. Die Instillationen dürfen nicht öfter als 1-, höchstens 2mal wöchentlich vorgenommen werden. Die günstige Wirkung macht sich meist bereits nach 3—4 derselben bemerkbar, besonders bezüglich der Schmerzen. Bei sehr elenden Pat. ist es rathsam, vor Einleitung der örtlichen Behandlung das Allgemeinbefinden zu heben. Vor der operativen Behandlung der Blasentuberkulose (Eröffnung der Blase, Ausschaben, Ausbrennen, Ausschneiden der Geschwüre, partielle oder totale Abtragung der Schleimhaut) warnt C.

Graefe (Halle a/S.).

5) L. Thumim (Berlin). Nephrektomie wegen Pyelonephritis calculosa.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 45.)

31jährige Frau mit ausgeheilter Phthisis pulmonum, früher gonorrhoisch inficirt, wies seit ca. 5 Monaten im Urin Eiter, manchmal auch Blut und Eiweiß auf. Cystoskopische Untersuchung ergab geringgradige cystitische Veränderungen. Zeitweilig heftige kolikartige Schmerzen in der rechten Nierengegend. Diese auf Druck nicht empfindlich. Ureterenkatheterismus zeigte den Urin beider Nieren frei von pathologischen Bestandtheilen. Nach erneuten Koliken nach 2 Monaten dasselbe Untersuchungsergebnis. Später alle 14 Tage 2tägige Kolikanfälle. Mehrwöchentliches Fieber zwischen 38 und 39°. Rechts unterhalb der Leber Geschwulst, welche nach mehrtägiger milchig-eitriger Urinentleerung kleiner geworden sein soll. Bei erneuter Aufnahme in die Klinik zeitweise in der rechten Nierengegend Kuppe einer Geschwulst fühlbar. Dies Mal ergab der Ureterenkatheterismus normalen Urin der linken, eiterhaltigen der rechten Niere. Keine Cylinder. Diagnose: Pyelitis suppurativa (calculosa) dextra. Intermittirende Pyonephrose. Sufficienz der Nierenleistung überhaupt durch Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes (nach v. Korányi) geprüft, die der rechten Niere durch Phloridzinreaktion (Casper-Richter). Gesunde Niere reagirte bei der letzteren mit ausgesprochener Glykosurie, die rechte nicht. Nephrektomie bestätigte die Diagnose. Glatte Genesung. **Graefe** (Halle a/S.).

6) L. Landau (Berlin). Nierenausschaltung durch Harnleiterunterbindung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 47.)

L. berichtet über folgenden Fall, bei welchem ein so großes Stück des Ureters excidirt worden war, dass sein oberes Ende nicht bis an die Blase zum Zwecke der Implantation herabgezogen werden konnte.

38jährige Frau mit weit vorgeschrittenem, besonders in das rechte Parametrium eingebrochenem Cervixcarcinom. Vergeblicher Versuch der vaginalen Exstirpation; desswegen nach 9 Tagen Versuch der Totalexstirpation vom Abdomen aus. Beim energischen Herausholen des Fundus uteri und Zug mit Muzeux riss der größte Theil des Corpus von dem carcinomatösen Cervixreste und infiltrirten Parametrium ab. Stumpfe Ausgrabung und Abschneidung mit der Schere der

carcinomatösen Massen plus Cervix, theils vom Abdomen, theils von der Vagina, nachdem vorher lateral im makroskopisch gesunden Gewebe von der Vagina aus Klemmen angelegt waren. Nach Entfernung des Uterus und des im rechten Parametrium gelegenen, etwa daumengroßen Knotens zeigte sich der rechte, über 5 cm in dem letzteren verlaufende Harnleiter in seiner Kontinuität auf diese Strecke mit entfernt. Centrales Stück absolut nicht der Blase zu nähern. Desswegen Unterbindung desselben Behufs eventueller, späterer Nephrektomie. Nur die 3 ersten Tage p. op. starke Kopfschmerzen und heftiges Erbrechen. Urinmenge auf weit über die Hälfte verringert. Sonst keinerlei Erscheinungen seitens des uropoetischen Systems; keine Hydronephrose nachzuweisen.

L. betont, dass dieses Vorgehen nur ein Nothverfahren sein dürfe.

Graefe (Halle a/S.).

7) **Warden.** 18 abdominale Hysterektomien.

(Lancet 1900. Oktober 13.)

W. war Assistent bei Doyen in Paris und empfiehlt angelegentlichst die gesehene Methode, bei der die Mortalität 2—4% betragen soll. Die Beschreibung der Methode bringt nichts Neues, da Doyen selbst im August 1899 in Amsterdam die Verbesserungen seines Vorgehens beschrieben hat. **Rissmann** (Osnabrück).

8) **Macnaughton-Jones** (Manchester). Der Zusammenhang der Geschlechtsfunktion mit Geisteskrankheit und Verbrechen.

(Scalpel 1900. Februar.)

Die gegenseitigen Beziehungen zwischen Störungen der Geschlechtsfunktionen bei Frauenkrankheiten und Geisteskrankheiten sind in der Behandlung der letzteren bei Frauen niemals außer Acht zu lassen. Es ist daher und zwar meist in Narkose stets eine sorgsame Untersuchung vorzunehmen, sobald der Verdacht erregt wird, dass eine Psychose durch gleichzeitig bestehende Genitalerkrankung herbeigeführt oder verschlimmert sein könnte. Auch in gerichtlichen Untersuchungen von Verbrechen, welche von Frauen begangen worden sind während der Menopause, während der Menstruation, oder endlich während Störungen derselben vorliegen, sollte man den Einfluss dieses Momentes auf das psychische Verhalten neben der Vorgeschichte und dem Temperament nicht unberücksichtigt lassen. Namentlich wäre es wünschenswerth, dass die besonderen Gefahren des Klimakteriums und namentlich die dabei drohende Manie allseitig näher gewürdigt würden. Die hauptsächlichen psychischen Erscheinungen des Klimakteriums sind mürrische und trübe Gemüthsstimmung, hysterische Zustände, gelegentliche Gesichts-, Geruchs- und Gehörhallucinationen, unmotivirte Abneigungen, Selbstmordgedanken, Verfolgungsvorstellungen. Solche Erscheinungen sollten stets Veranlassung zur Untersuchung der Beckenorgane geben. Zweifellos ist nach Operationen an diesen die Neigung zu postoperativen psychischen Störungen größer als nach Operationen an anderen Theilen, allerdings sind sie aber auch meist nur vorübergehend. Endlich ist auch nicht zu verkennen, dass Frauen, die früher geisteskrank gewesen sind, besonders zu Rückfällen nach Operationen an den Beckenorganen geneigt sind. Alle diese geschilderten Umstände machen die frühzeitige Behandlung aller Störungen in der Geschlechtssphäre des Weibes zur Pflicht.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 2. März.** **1901.**

Inhalt.

I.

(Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Geh.-Rath Prof. Dr. Küstner.)

Das Vorbereitungsbad der Kreißenden als Infektionsquelle.

Von
Dr. **Sticher**, Assistenzarzt.

Ein Aufsatz des Prof. W. Stroganoff in No. 6 dieser Zeitschrift, betitelt »Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreißenden betrachtet werden?«, erbringt eine neue experimentelle und klinische Stütze für die Richtigkeit einer Anschauung, welche auf Grund experimenteller Studien zuerst von mir vertreten worden ist.

Den ersten Bericht über die einschlägigen Versuche erstattete ich in der medicinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterl. Kultur im März 1900. Die ausführliche Publikation erfolgte in der Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLIV. Hft. 1 in einer »die Bedeutung der Scheidenkeime in der Geburtshilfe« überschriebenen Arbeit.

Doch ist es nicht so sehr die Prioritätsfrage — meine Arbeit muss Herrn Prof. Stroganoff entgangen sein — als vielmehr die Sache selbst, welche mich, ihrer eminenten Bedeutung wegen, veranlasst, nochmals auf meine Versuchsergebnisse hinzuweisen und die aus ihnen abzuleitenden Konsequenzen zu ziehen. Diese Konsequenzen gehen jedoch — was ich besonders hervorheben möchte — über die Verwerfung einer zur Zeit üblichen praktischen Maßnahme bei der Vorbereitung unserer Kreißenden hinaus.

Der Verdacht, dass beim Bade der Schwangeren bezw. Kreißenden Badewasser in die Vagina übertritt, ist bereits früher geäußert worden und naheliegend.

Den exakten Nachweis versuchte ich zuerst auf chemischem Wege zu führen.

Ich brachte einen Tampon von Eisenchloridwatte in die Vagina der Schwangeren derart ein, dass er von außen eben nicht mehr sichtbar war, und setzte dem Badewasser Salicylsäure zu. Eine violette Verfärbung des Tampons während des Bades kam nicht zu Stande.

Danach liegt meines Erachtens der Verdacht nahe, dass wir mittels chemischer Reaktion eine sichere Entscheidung nicht treffen können, weil wir hierbei für den positiven Ausfall des Experimentes die Chancen leicht unberechtigterweise verringern: Zur Auslösung der deutlichen chemischen Reaktion ist möglicherweise das Eindringen eines relativ größeren Quantums Wasser erforderlich, während zum Import von Keimen die minimalsten Flüssigkeitsmengen ausreichen können.

Ich kann mich desshalb auch des Verdachtes nicht erwehren, dass bei dem Stroganoff'schen Versuche (er benutzte die Jodkali-Amylum-Reaktion) die bei bakteriologischen Scheidensekretuntersuchungen so häufig als Fehlerquelle zu beschuldigende Anwendung der Specula möglicherweise zur Erklärung des positiven Ausfalls heranzuziehen ist.

Wir müssen eben, in thunlichster Anlehnung an die natürlichen Verhältnisse, den Versuch mit Bakterien selbst anstellen, dem anerkannt feinsten Reagens, welches (eine gleichmäßige Vertheilung der Keime im Badewasser vorausgesetzt) auch noch in Bruchtheilen eines Tropfens vorhanden sein und durch Kultur sich nachweisen lassen muss.

Auf diesem Wege erzielte ich ein einwandsfreies positives Resultat:

Setzte ich dem Badewasser einen für gewöhnlich im Vaginalsekrete nicht vorkommenden, gut charakterisirten Keim zu (Bac. prodigiosus), so gelang es mir — sowohl bei Mehr- wie bei Erstgeschwängerten — nach dem Bade den specifischen Keim aus dem Vaginalsekrete herauszuzüchten.

Die Entnahme der Sekretproben nach dem Bade geschah — wie anderweitig ausführlich beschrieben — ohne Zuhilfenahme von Specula in bakteriologisch einwandsfreier Weise.

Das Ergebnis meines Experimentes war demnach ein derartiges, dass die Stroganoff'schen Versuche — vorausgesetzt, dass ihre Anordnung sich als korrekt erweist — als eine Bestätigung meiner Untersuchungen aufzufassen sind.

Die Schlussfolgerungen, welche ich seiner Zeit aus meinem Experimente zog, bewegten sich in zweierlei Richtung. Zunächst ergab sich als unmittelbare praktische Konsequenz:

Das Bad ist unzulässig bei der Vorbereitung einer Kreißenden, wenn es vorausgeschickt wird einer zum Theil — nämlich was die inneren Genitalien anlangt — aseptisch intendirten Maßnahme, wie sie die innere Untersuchung oder die geburtshilfliche Operation heut zu Tage bei der Mehrzahl der Geburtshelfer darstellt. Da wir zunächst von diesem aseptischen bezw. nichtantiseptischen Principe an unserer Klinik nicht abgehen wollten, brachten wir das Bad bei Kreißenden, wo die Fruchtblase bereits gesprungen oder der Beginn lebhafter Geburtsvorgänge bemerkbar war, in Wegfall. Zumal auch da, wo wir befürchten mussten, dass das Eindringen von Badewasserkeimen in die inneren Genitalien besonders verhängnisvoll werden konnte; wir vermieden das Bad bei den zum Kaiserschnitte vorzubereitenden Frauen.

Bei alledem blieben wir uns dessen bewusst, dass das Bad als solches nicht zu unterschätzende Vortheile für die Vorbereitung unserer Schwangeren und Kreißenden, besonders mit Rücksicht auf die Verhütung einer nachträglichen Infektion im Wochenbette, darbietet.

Wollten wir das Bad principiell als bedenklich und unzulässig verwerfen, so würden wir — falls nicht eine eben so peinliche Säuberung der Körperoberfläche durch Abwaschen an die Stelle des Bades tritt — vielleicht einen Keimimport ante und intra partum verhindern, im Wochenbette jedoch eine Kontaktinfektion der Lochien mittels der auf der Körperoberfläche im Übermaße angehäuften Keimmengen kaum verhüten können.

Wir werden desshalb vielleicht am zweckmäßigsten so verfahren, dass wir das Bad beibehalten und von dem streng aseptischen bezw. nichtantiseptischen Princip abgehen.

Von diesem Gesichtspunkte aus trägt ein Vorschlag meines hochverehrten Chefs, Geh.-Rath Küstner, den Verhältnissen am meisten Rechnung, welcher empfiehlt, entweder dem Badewasser ein wirksames Antisepticum zuzusetzen oder während des Bades die Vagina durch Einbringen eines antiseptisch imprägnirten Tampons gegen die Invasion von Mikroben zu schützen. Nach dieser Richtung hin bin ich zur Zeit mit einer Nutzbarmachung meines bakteriologischen Experimentes für den praktischen, klinischen Betrieb beschäftigt.

Die Bedeutung meines Experimentes erblicke ich jedoch nicht ausschließlich darin, dass mir mit Hilfe desselben der exakte Nachweis einer Fehlerquelle in dem zur Zeit üblichen antiparasitären System der Geburtshilfe gelungen ist.

Eine nicht minder wichtige, wie die unmittelbar sich ergebende praktische Konsequenz können wir — wie bereits in meiner früheren Arbeit betont — für die weitere wissenschaftliche Förderung der ganzen Puerperalfieberfrage abstrahiren.

Mein Versuch weist sowohl der Untersuchungsmethodik als auch überhaupt der speciellen Fragestellung einen neuen Weg.

Wir wollen uns nicht fragen: Finden sich pathogene Keime in dem Vaginalsekrete der Schwangeren und Kreißenden? Denn zu einer endgültigen Beantwortung dieser Frage reichen unsere Kenntnisse über das biologische Verhalten der Bakterien zur Zeit noch nicht aus.

Wir wollen die Frage vielmehr so formuliren: Können pathogene Keime in die Vagina der Schwangeren und Kreißenden hineingelangen? Bei welchen Gelegenheiten und mit welcher Häufigkeit wird dies geschehen?

Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, ist mit dem exakten Nachweise, dass das Vorbereitungsbad der Kreißenden eine Infektionsquelle bedeutet, erst ein Theil unserer Aufgabe gelöst.

Wir müssen der Reihe nach auch alle, etwa sonst noch ante und intra partum gegebenen Infektionsmöglichkeiten aufzudecken, je nach der Gefahr, die sie bedeuten, zu würdigen und zu eliminiren suchen.

Hier rangiren in einer Kategorie mit dem Bade die übrigen, ärztlicherseits intendirten oder ausgeführten Maßnahmen.

Vor Allem die digitale Exploration der inneren Genitalien; wobei wir zu berücksichtigen haben, dass der untersuchende Finger sowohl selbst Keime liefern als auch Mikroben von den distalwärts gelegenen Partien des Genitaltractus proximalwärts transportiren kann.

Ferner das Klysma, welches zu einer Verspritzung von Fäulniserregern in der unmittelbaren Umgebung der Vulva Anlass geben wird.

Durch Fortlassung oder zweckentsprechende Modificirung werden wir wohl im Stande sein, die Infektionschancen, welche auf ärztlicherseits intendirte Maßnahmen zurückzuführen sind, schließlich auf ein Minimum zu reduciren. Vielleicht gelingt uns dies auch, ohne dass wir in jedem Einzelfalle gezwungen wären, zu Maßnahmen zu greifen, welche zu der Auffassung der Geburt als eines physiologischen Vorganges in Widerspruch stehen, wie z. B. die antiseptische Vorbereitung der inneren Genitalien.

Es fragt sich nur, ob das Verhalten der Kreißenden selbst uns ein Recht dazu giebt, die Geburt in jedem Falle als einen durchaus physiologischen Vorgang zu betrachten. Dies dürften wir doch eigentlich nur dann, wenn eine Störung der physiologischen Beschaffenheit der inneren Genitalien durch Maßnahmen von Seiten der Kreißenden ausgeschlossen wäre.

Zur Entscheidung dieser Frage müssen wir uns vorerst über die Infektionschancen zu orientiren suchen, welche durch die Kreißende

selbst, d. h. durch willkürliche oder unwillkürliche Berührungen der Genitalien von Seiten der Kreißenden gegeben sind.

Ehe hierüber ausreichende Beobachtungen vorliegen, wird die Vollkommenheit unseres antiparasitären Systems in der Geburtshilfe stets Zweifel erwecken.

Mit Rücksicht auf die eine Unbekannte — wir wissen nicht, was vor dem Beginne der Geburtsvorgänge, vor dem Einsetzen unserer Beobachtung, mit der Scheide geschehen ist — muss uns auch die Berechtigung des nichtantiseptischen Princips noch durchaus fraglich erscheinen.

Jedenfalls möchte ich — und dafür mag nochmals mein Versuch als Paradigma hingestellt sein — für weitere Untersuchungen über die Quellen der puerperalen Infektion die rein experimentelle, in der Hygiene seit langem als rationell erkannte Art und Weise der Untersuchung als aussichtsreich empfehlen.

Wir wollen davon absehen, mit immerhin noch vervollkommnungsbedürftigen Beobachtungs- und Züchtungsmethoden die pathogenen Keime im Moment eines vorübergehenden Aufenthalts aufzusuchen; wir wollen vielmehr die Wege genau kennzeichnen, auf welchen sie hauptsächlich Gelegenheit haben, zur Infektionspforte zu gelangen.

Zur Beurtheilung der relativen Häufigkeit, mit welcher diese Wege von pathogenen Keimen beschritten werden, müssen wir dann erwiesene und beweiskräftige Thatsachen der Erfahrung, wie z. B. diejenige der Ubiquität der Wundinfektionserreger, heranziehen da, wo die bakteriologische Methodik uns noch im Stiche lässt.

II.

Ein Operationstisch für Laparotomie und besonders für Operationen im kleinen Becken.

Von

P. A. Fenger Just und **Alfred Madsen** in Kopenhagen.

Die letzten Decennien haben unstreitig sehr große Fortschritte auf dem Gebiete der Abdominalchirurgie und besonders im Bereiche der gynäkologischen Laparotomie gezeitigt. Gewiss hat aber keine technische Verbesserung so weit reichende Bedeutung gehabt oder ist so allgemein acceptirt worden, wenigstens bei den Gynäkologen, wie die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung. Nicht allein dass man sehr bald die Vorzüge der ursprünglichen Trendelenburg'schen Lagerung zu würdigen lernte, sondern man wurde dadurch auch auf die technischen Erleichterungen aufmerksam, welche überhaupt durch Lageveränderungen des Pat. während Operationen in der Peritonealhöhle erreicht werden können. Die Zeit der einfachen unkomplicirten Operationstische war damit vorüber. — Als am 11. April 1890 Trendelenburg in der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburts-

hilfe in Berlin seinen neuen Tisch demonstrirt hatte, war dadurch das Signal zum Wetteifern in der praktischen Ausführung der neuen Ideen gegeben, und zahllos sind die mehr oder weniger gelungenen Tischkonstruktionen, welche später erschienen sind. — Neben mehrfachen von Trendelenburg haben auch Hahn, Mackenroth, Braatz, Boldt, Czempin und viele Andere Tische angegeben, welche zwar eine bequeme Lagerung der Pat. in der Beckenhochlagerung erlauben, in anderer Beziehung aber nicht so viel leisten, als man wünschen könnte.

Das zu Grunde liegende Princip bei der ursprünglichen Trendelenburg'schen Lagerung war, die Därme so weit als möglich gegen das Diaphragma und aus dem Operationsfelde hinaus zu verlagern. Eine andere und nicht weniger wichtige Aufgabe ist es, dass man eine möglichst große Erschlaffung der Bauchdecken erreicht. Um diese letzte Aufgabe zu lösen, muss man das Becken um seine frontale Achse so drehen, dass die Symphysis pubis dem Processus ensiformis genähert wird. Durch eine solche Drehung erreicht man auch, dass die hintere Beckenwand, die sonst gegen die Längsachse des Körpers annähernd im rechten Winkel steht, eine mit dieser mehr gleichlaufende Richtung bekommt. Hierdurch wird Alles, was auf dieser Wand liegt, während der Operation übersichtlicher, und außerdem werden zu derselben Zeit die Beckenorgane und der Douglas dem Operateur entgegengeführt. — Wer einmal gesehen hat, eine wie große technische Erleichterung hierdurch erreicht wird, wird diese später nicht mehr entbehren wollen.

Die erwähnte Drehung des Beckens kann nur dadurch erreicht werden, dass man die Lordose der Lendenwirbelsäule möglichst zum Verschwinden bringt; doch ist es zugleich für die so wichtige Drehung des Beckens eine conditio sine qua non, dass man die Oberschenkel winklig zur Längsachse des Oberkörpers stellt, da sonst die Ligamenta ileo-femoralia die Beckendrehung verhindern. Indessen lässt eine mäßige Flexion der Oberschenkel gegen die Längsachse des Körpers nur die Möglichkeit der Beckendrehung zu. Will man aber der Beckendrehung sicher sein, so genügt es nicht, dass man die Kniee des Pat. von der flachen Unterlage emporhebt. Man muss vielmehr einen anderen Weg einschlagen. — Es kann eine solche erreicht werden dadurch, dass der auf dem Tische gelagerte Pat. an den Unterextremitäten mit den Oberschenkeln gegen die Längsachse des Oberkörpers flektirt hängt, weil hierdurch die Schwere des Körpers einen zweckmäßig gerichteten Zug derart auf die Hüftpfannen ausübt, dass hierdurch die Lumballordose ausgeglichen wird. Eine Bestrebung im Sinne des erwähnten Mechanismus lässt sich auch an mehreren Operationstischen, z. B. an den von Landau, Ihle, Dührssen, Howitz und Anderen angegebenen, erkennen. — Um eine Änderung der Beckeninklination herbeizuführen, bedarf es naturgemäß zunächst einer direkten Einwirkung auf das Becken selbst, und zwar durch eine Stellungsänderung des-

jenigen Tischabschnittes, welcher dem Becken und den Unterextremitäten die feste Unterlage giebt. Eine Konstruktion, welche dieser Forderung gerecht wird, sucht man indessen meistens vergebens. Sie findet sich bei dem in den letzten Jahren so viel gerühmten Tische von Doyen-Mathieu, der im Großen und Ganzen fast allen mechanischen Ansprüchen Genüge leisten dürfte. Doch hat es den Anschein, als ob Doyen bei der Konstruktion seines Tisches nur an eine Änderung der Beckeninklination bei Operationen in der Genitoanalregion gedacht hat. Auf die Bedeutung, welche der Ausgleichung der Lumballordose bei Laparotomien zukommt, scheint er seine Aufmerksamkeit nicht gerichtet zu haben. In seinem Technique chirurgicale 1897, p. 88, Fig. 23 und p. 133 Fig. 32 bildet er eine Trendelenburg'sche Lagerung ab, welche alle Fehler der älteren Konstruktionen aufweist. Dass wir nicht in Bezug auf die Ansichten Doyen's über die Trendelenburg'sche Lagerung durch die Abbildungen irre geführt worden sind, beweisen die Bemerkungen l. c. p. 442 oben. Dagegen muss es, so weit man es aus den Abbildungen ersehen kann, möglich sein, den Doyen'schen Tisch auf eine solche Weise einzustellen, dass die Beckenhochlagerung unseren hier dargelegten Ansprüchen genügt. Die in letzter Zeit publicirte Abbildung des Doyen'schen Tisches (Revue critique de médicine et de chirurgie 1900, August, No. 15) zeigt indessen eine Änderung in der Konstruktion der Beinhalter, durch welche die Lordose der Lendenwirbelsäule des Pat. in Trendelenburg'scher Lagerung eher vergrößert als verkleinert wird. Zwar sind die mechanischen Aufgaben in der Konstruktion mit hochgradiger Genialität gelöst, doch liegt eine schwache Seite des Tisches darin, dass er als ein Universaltisch gebaut ist. Dadurch ist er ein sehr komplicirter geworden, und doch ist die für die Laparotomie hoch bedeutsame, im Sinne der Wiegenbewegung ermöglichte Umstellbarkeit an ihm nicht vorgesehen.

Wenn aber auch der Doyen'sche Tisch in mechanischer Hinsicht jeder Forderung, die man an einen solchen im Hinblicke auf Laparotomien stellen könnte, gerecht würde, so wird doch von verschiedenen Seiten eine Forderung gestellt, der er nicht genügt. — Wir denken hier an die Heizbarkeit des Tisches.

Angelgesco und Allen haben durch ihre Untersuchungen gezeigt, dass die Temperatur des Körpers während der Narkose in beträchtlicher Weise herabsinkt. Auf dem Chirurgenkongresse in Helsingfors 1898 wurde von af Schultén die Nothwendigkeit, diesem Temperaturabfalle entgegen zu arbeiten, hervorgehoben. In Dänemark hat 1898 V. Schepelern ein heizbares Operationsbett empfohlen. Bei dem sonst ganz ausgezeichneten Operationstische von Kocher haben fast alle mechanischen Anforderungen einer effektiven Heizvorrichtung weichen müssen.

Bei einem Aufenthalte vor anderthalb Jahren in Upsala wurde mit Prof. Lennander, der gleich Kocher das größte Gewicht darauf legt, den Pat. während der Operation warm zu halten, verabredet,

einen Operationstisch zu konstruiren, welcher es gestatten sollte, sowohl den Pat. in die für Operationen in der Peritonealhöhle zweckmäßigsten Stellungen zu bringen, als auch diejenigen Körpertheile, die während der Operation nicht zugedeckt werden können, unter den Einflusse eines Heizapparates dauernd warm zu halten. Der Tisch ist jetzt seit 3 Monaten bei Prof. Lennander im Gebrauche.



Fig. 1.

Folgende kurze Beschreibung stützt sich auf beifolgende Abbildungen. Fig. 1 zeigt den Tisch in horizontaler Stellung, Fig. 2 für die Trendelenburg'sche Lagerung eingestellt, und auf Fig. 3 sind die Wärmekasten weggenommen, um den Mechanismus frei von oben zu zeigen.

Der Fuß, der auf 4 Punkten ruht, kann auf jedem Boden sicher stehen mit Hilfe einer Stellschraube *c*. Das Princip für den Hebe- und Senkmechanismus des Fußes ist gleich wie bei dem Doyen'sche Tische den modernen Stühlen für Zahnoperationen entliehen. Mittels des Pedales *a* wird Öl unter einen Stempel gepumpt, der den Cylinder, auf welchem der Tisch ruht, hydraulisch hebt. Wenn auf das

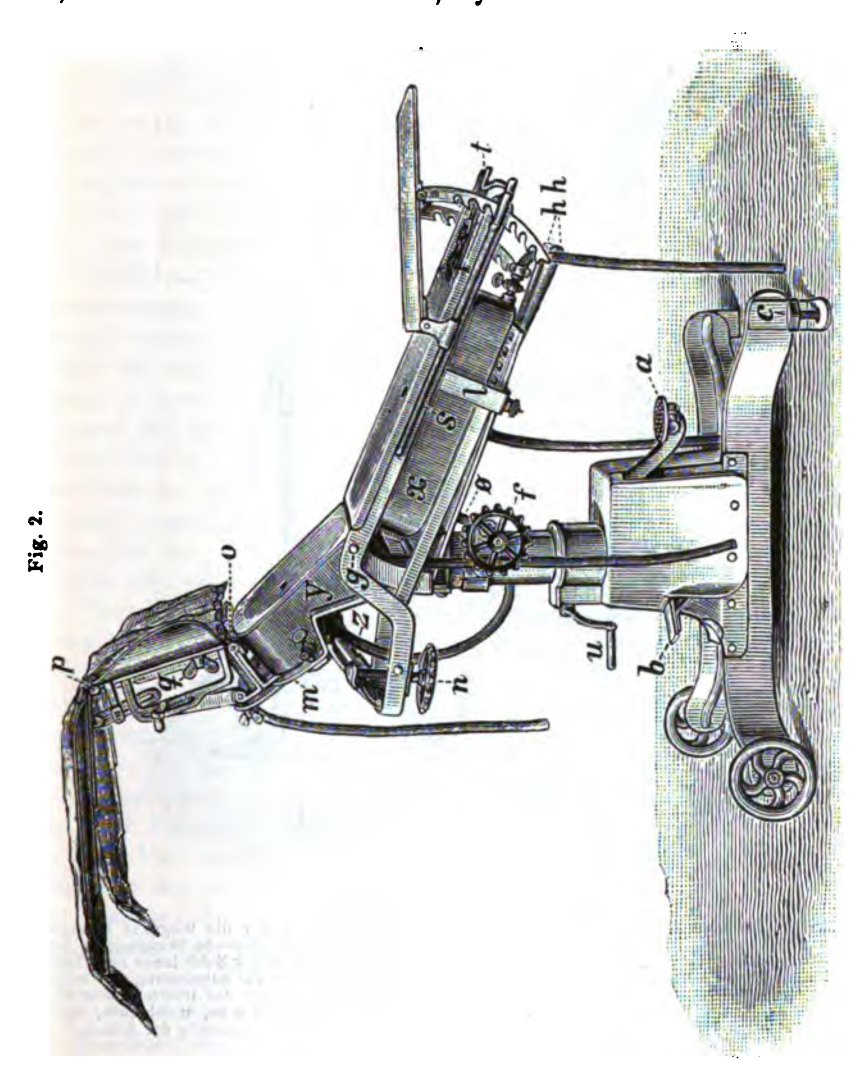
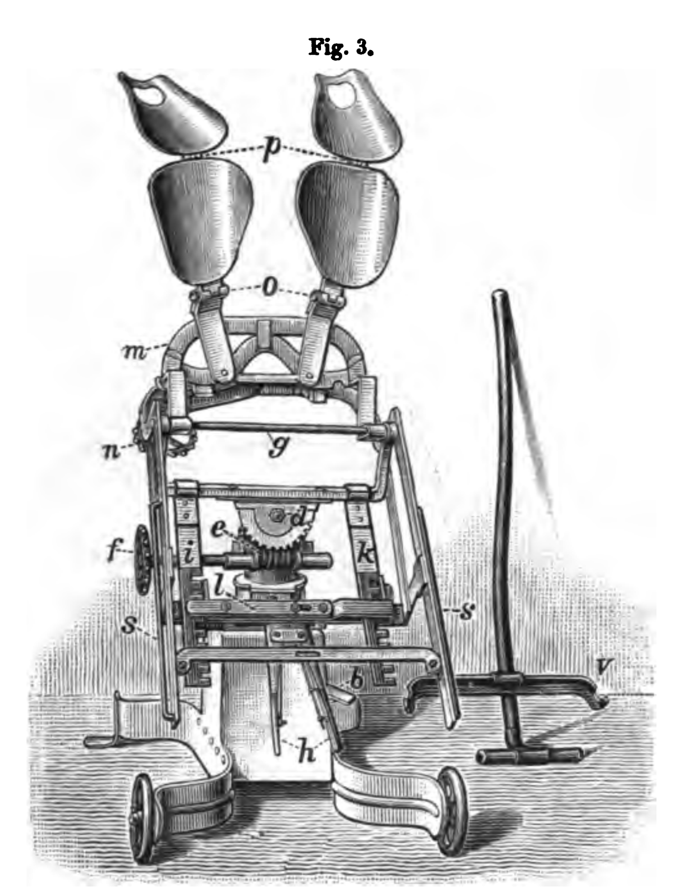


Fig. 2.

Pedal *b* getreten wird, lässt ein Ventil das Öl wieder ausströmen, und der Tisch sinkt durch seine eigene Schwere so lange, bis man das Pedal los lässt. Über die Achse *d* kann der obere Theil von einer Seite zur anderen eine wiegende Bewegung machen mittels einer Schraube ohne Ende *e*, die mit Hilfe der abnehmbaren Handhabe *f*, die sich von beiden Seiten ansetzen lässt, bewegt werden

kann. Das Wippen über die Querachse *g* (Einstellung für Trendelenburg'sche Lagerung) wird dadurch erzeugt, dass der Narkotisirende die Handhabe *hh* fasst, die beiden Branchen zusammendrückt und so sie hebt oder senkt. Der Tisch mit dem Pat. balancirt auf diese Weise so, dass für diese wippende Bewegung sehr wenig Kraft nöthig ist. Durch Zusammendrücken der zwei Branchen werden die Zahn-

Fig. 3.



Figurenerklärung:

a Pedal für Hebung, *b* Pedal für Senkung, *c* Stellschraube, *d* Achse für die wiegende Bewegung, *e* Schraube ohne Ende für die wiegende Bewegung, *f* Handhabe für die wiegende Bewegung, *g* Achse für die wippende Bewegung, *h* Handhabe für die wippende Bewegung, *i* und *k* Zahnstange zur Fixation der verschiedenen Stellungen, *l* Querstück, *m* Beckenstück, *n* Schraube für Schwingung des Beckenstückes, *o* und *p* Gelenke des Beinhalters, *q* Schraube für Verlängerung des Oberschenkelstückes, *s*, *s* Stangen für Schlitten der Kopflehne, *t* Rinnen für Fixation der Kopflehne, *u* Schraube, um die Rotation zu bremsen, *x* und *y* Wärmekästen, *z* und *z* Ventile zur Verbindung der Kästen.

stangen *i* und *k* von der Verbindung mit dem Querstücke *l* abgelöst, und der Tisch ist jetzt frei beweglich, bis man die Handhabe los lässt. Das Beckenstück *m*, an welchem die Beinhalter angebracht sind, kann sich mittels der Schraube *n* um die Achse *g* schwingen. Die Beinhalter, die eine Modifikation der Landau'schen sind, haben jeder zwei Gelenke, eines *o*, durch welches die Stellung des Femur

in seiner Lagerichtung zum Beckenstücke geändert und fixirt werden kann, und ein anderes *p*, dem Kniegelenke entsprechend. Die Länge des Oberschenkelstückes kann durch die Schraube *q* geändert werden, und zuletzt lassen sich die Beinhalter im Sinne der Ab- und Adduktion bewegen und fixiren. Die Achsen für diese Bewegung sind in zwei Linien senkrecht unter den beiden Acetabula gelegen. Dadurch wird die Haltung der Beine am natürlichsten. Die Abduktion giebt Raum für einen Assistenten, der zwischen den Beinen des Pat. stehen kann. Die Kopflehne lässt sich längs des Tisches verschieben. Sie ist durch ein Gelenk und die Zahnstange mit einem Schlitten verbunden, der entlang den Stangen *ss* läuft und durch den Riemen *t* sich in ihrer Stellung fixiren lässt. Über die senkrechte Achse kann der Tisch sich drehen, und er lässt sich in jeder Stellung fixiren durch die Schraube *u*, die eine bandförmige Bremse wirken lässt. — Die Tischplatte wird von dem Dache der zwei abnehmbaren kupfernen Kästen *x* und *y* gebildet, die in eine Durchschnittsform nach Gipsabgüssen lebender Modelle in liegender Stellung ausgehämmert sind (das Modell ist mit den Knieen etwas angezogen in einen dicken Gipsbrei gelegt). Dadurch ist erreicht, dass der Körper des Pat. in Rückenlage auf der Platte auch ohne Unterlage angenehm gebettet und fest liegend bleibt, selbst wenn der Tisch sich auch beträchtlich auf die eine oder die andere Seite dreht. Die kupfernen Kästen können der Heizung wegen mit 27 Liter heißem Wasser gefüllt werden. Jeder Kasten ist mit drei Ventilen, die sich mit Hähnen oder Schraubendeckeln schließen lassen, versehen.

Von den Ventilen *z* und *ø* führen Röhren bis in die Nähe des Deckels der Kästen hinauf. Diese zwei Ventile können mittels eines Gummirohres verbunden werden. Der ganze Tisch kann dann von einem Hahne aus gefüllt werden, und man kann während sehr lange dauernden Operationen das heiße Wasser erneuern oder durchströmen lassen. — Mittels einer Hebestange *v*, die sich an dem einen Ende des Fußes anbringen lässt, kann der Tisch sich ohne Schwierigkeit von einer Stelle zur anderen fahren lassen.

Der Pat. wird auf den Tisch, während dieser mit den Beinhaltern in der auf Fig. 2 angegebene Stellung horizontal steht, gelegt. Die Beine werden an die Beinhalter durch breite Bänder oder Handtücher befestigt, von denen die über die Femora dem Becken so nahe wie möglich, die über die Crura den Füßen so nahe wie möglich umgelegt werden.

Die Stellung ist für den Pat. am angenehmsten, wenn die Flexion in den Kniegelenken nicht größer ist, als es für die Fixation der Unterextremitäten in der Längsrichtung der Oberschenkel nöthig ist. Wenn man die Kniegelenke nur wenig beugt, wird hierbei erreicht, das die Fascie und die Muskeln auf der Vorderseite des Femur erschlaffen, und dass sie sich in entsprechendem Grade auf der Hinterseite spannen und durch Zug an den Tubera ischii das Becken drehen helfen. — Gegen das Hinabgleiten vom Tische wird der Pat. wesent-

lich durch den Druck der Binden auf die Vorderseite der Femora gehindert und zwar in Verbindung mit der die Schultern zugleich unterstützenden Kopflehne.

Referate.

1) **Döderlein** (Tübingen). Der gegenwärtige Stand der Händedesinfektionsfrage und die nächsten Probleme derselben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 42.)

D. weist darauf hin, dass eine vollständige Entkeimung der Haut an dem komplicirten anatomischen Baue derselben scheitert. In erster Linie sind es die in die Talg- und Schweißdrüsen durch ihre Ausführungsgänge eingedrungenen Bakterien, welche sich weder mit mechanischen noch chemischen Mitteln entfernen lassen. Allerdings ist es wahrscheinlich, dass diese nicht pathogener Natur sind. Jedenfalls sind die gelegentlich auf unsere Händehaut gebrachten fremdartigen, aber pathogenen Keime von viel größerer Bedeutung. Die praktische Erfahrung gestattet die Annahme, dass sie auf unserer Haut nicht dauernd heimisch zu werden vermögen, wohl aber haften sie derselben längere Zeit an. Das »wie lange« ist eine Frage, welche der experimentellen Bearbeitung harrt. Bis zu ihrer Beantwortung ist die Enthaltsamkeit von Berührung septischer Stoffe für Geburtshelfer und Operateure eine ernste Gewissensfrage. Wo sich eine solche aber nicht durchführen lässt, kommt die Benutzung eines impermeablen Überzuges der Hände in Betracht. Vor den Trikothandschuhen warnt D., empfiehlt dagegen die Friedrich'schen so wie die nach seinen eigenen Angaben gefertigten Operations- bezw. Touchirgummihandschuhe, bis eine andere undurchlässige Schutzdecke gefunden ist.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **Abel** (Berlin). Die Behandlung der vom Uterus ausgehenden septischen Infektion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 48.)

Die Behandlung muss sich danach richten, ob der Krankheitsprocess ein allgemeiner geworden oder auf den Uterus, die Parametrien und Adnexe beschränkt ist. Im ersteren Falle kann sie eine lokale oder allgemeine sein. In erster Linie ist festzustellen, ob noch Placentarreste im Uterus vorhanden sind. A. warnt davor, sie mittels Curette zu entfernen, empfiehlt vielmehr nach vorausgeschickter Erweiterung des Muttermundes — er bedient sich zu derselben der Einführung von Jodoformgaze — die digitale Ausräumung. In manchen Fällen tritt thatsächlich nach der letzteren Entfieberung und Genesung ein; in anderen dauert die Infektion mit ihren Folgeerscheinungen an. Für die nun von manchen Seiten empfohlenen Uterusausspülungen mit desinficirenden Flüssigkeiten hat

A. Nichts übrig, da die letzteren an den eigentlichen Krankheitsherd nach seinem Dafürhalten überhaupt nicht herankommen und andererseits die Spülungen nicht ungefährlich sind. Auch der Carossa'schen permanenten Alkoholdesinfektion steht er skeptisch gegenüber. Der Vaporisation bezw. Atmokausis möchte er dagegen eine gewisse Bedeutung nicht absprechen. Jedenfalls räth er, sie vor der Totalexstirpation des Uterus anzuwenden. Vor einer weitgehenden Indikationsstellung für diese warnt er. Am ehesten scheint ihm die Prochownick's gerechtfertigt, nach welcher die Excisio uteri vorgenommen werden soll, wenn Bakterien in der Blutkultur bei Komplikation mit Geschwülsten, bei verjauchten Eiresten, bei septischem bezw. kriminellem Abort sich nachweisen lassen. Doch weist er selbst darauf hin, dass auch Frauen zu Grunde gehen, bei welchen die Blutkultur ein negatives Resultat hatte.

Was die Allgemeinbehandlung betrifft, so steht A. der Antistreptokokkenserumbehandlung sehr skeptisch gegenüber. Die Wirksamkeit der sog. künstlichen Eiterung (Fochier, Menke) bezweifelt er gleichfalls. Dagegen empfiehlt er die Kochsalzinfusion und die Inhalationen mit Sauerstoff.

Bei Lokalisirung der septischen Infektion ist möglichst frühzeitige Entleerung des Eiters angezeigt, entweder von der Scheide oder oberhalb des Lig. inguinal. (mit Gegenincision durch die Scheide). Bei Bildung von Pyosalpinx und Ovarialabscessen kommt die allerdings sehr gefährliche Laparotomie in Frage. Ist die Adnexerkrankung chronisch geworden und trotzt sie jeder konservativen Behandlung, so ist die vaginale Radikaloperation angezeigt.

Graefe Halle a/S.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Geburtshilfliche Gesellschaft in London.

(Brit. med. journ. 1900. December 15.)

Alban Doran führt in der Sitzung am 5. December den Vorsitz.

Sinclair trägt vor über »Beiträge zur Diagnose und Behandlung der Retroflexio uteri gravidi«.

Dass konstanteste und typischste Symptom sind Blasenreizungen mit mehr oder weniger Verhaltung des Urins. S. empfiehlt die Einlegung eines Pessars, nachdem vorher Blase und Mastdarm entleert wurden. Liegt darauf die Pat. in Seitenlage mit etwas tiefer liegendem Kopfe, so wird in wenigen Stunden die Lage des Uterus eine normale sein. 15mal war Vortr. auf diese Weise in der Behandlung erfolgreich. Einmal wurde bei einer Fehldiagnose auch ein Myom aus dem Douglas'schen Raume gehoben. Eingreifendere Operationen werden verworfen, nur bei fixirtem Organe ist nach dem Aborte und der Involution die Ventrofixation zu empfehlen.

Der Vorsitzende erwähnt die interessanten Fälle von Konrad (Budapest) und Unterberger. Zuweilen sind Fehldiagnosen gemacht, so vermuthete Gemmel (Liverpool) bei einer Frau die besprochene Erkrankung, während es sich um einen myomatösen, graviden Uterus handelte.

Inglis Parson hat gefunden, dass ein luftgefülltes Pessar vorzügliche Dienste thut, und macht damit die allmähliche Aufrichtung. P. würde bei Fällen von Einklemmung des fixirten Organes die Laparotomie machen.

Galabin bevorzugt die manuelle Aufrichtung in Knie-Ellbogenlage ohne Anwendung eines Anästheticums und hat danach Abort nie eintreten sehen, dagegen bei Aufrichtung durch elastische Kompression.

Robinson giebt die Geschichte eines eingeklemmten graviden Uterus. Man sah sich genöthigt, nach erfolglosen Repositionsversuchen den Abort einzuleiten; schon vorher war die Blasenschleimhaut per urethram ausgestoßen, und eine Fistel in der Gegend des Nabels entleerte Urin. Bei der Sektion wurde der Uterus nicht adhärent gefunden.

Boxall empfiehlt für die Aufrichtung Narkose, weil die Aufrichtung alsdann zarter zu machen ist und in Folge dessen Abort weniger leicht eintritt.

Maclean erlebte einmal, dass die manuelle Aufrichtung ohne Narkose nicht gelang und in wenigen Stunden durch die Seitenlagerung der Uterus in normale Lage kam.

Dawson hält darauf einen Vortrag über die Entstehung der Geschlechter. Es handelt sich um die alte Theorie, dass aus dem rechten Eierstocke männliche, aus dem linken weibliche Individuen entstehen sollten. Der Einfluss des Vaters wird geleugnet.

Blacker ist erstaunt, dass Dawson für die vorgetragene Theorie den Anspruch der Originalität erhebt. Zahlreiche Fälle von einseitigen Ovariotomien haben die Irrigkeit der Theorie ergeben, und B. hat selbst 2 derartige Gegenbeweise erlebt. Wie will Dawson mit seiner Theorie erklären, dass bei den Vögeln, die nur ein Ovarium, ein linkes, haben, männliche Individuen entstehen?

Spencer fordert eine größere Statistik der Geburten von Ovariotomirten, er erlebte selbst eine Zwillingsgeburt von verschiedenen Geschlechtern nach einseitiger Ovariotomie und ist desshalb der Theorie Dawson's nicht geneigt.

Dawson erklärt Abweichungen von seiner Theorie bei Ovariotomirten mit der Annahme, dass Eierstocksreste bei der Operation zurückgeblieben seien.

Rissmann (Osnabrück).

---

4) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Edinburgh.

(Brit. med. journ. 1900. December 22.)

Unter dem Vorsitze von Milne Murray trägt am 12. December Munro Kerr vor über »löffelförmige Eindrücke am Schädel des Neugeborenen«.

Man kann 2 Arten von Impressionen unterscheiden, die löffelförmigen und die rinnenförmigen. Ihre Ursache und Häufigkeit sind dieselben, die rinnenförmigen Eindrücke sind aber weniger gefährlich. Vortr. will sich nur mit den löffelförmigen Impressionen beschäftigen. Gewöhnlich verursacht bei einem platt-rachitischen Becken das Promontorium den Eindruck; gelegentlich auch die vordere Beckenwand und noch seltener knöcherne Tumoren des Beckenkanales, wie Hoffmann anführte. Veit macht tetanische Kontraktionen des Uterus, die auf Ergotin sich einstellten, verantwortlich; andere Autoren erwähnen Ankylose des Steißbeines und Tumoren der Weichtheile. Fehlt die Ossifikation des kindlichen Schädels, so ist die Entstehung einer Impression erleichtert. Armvorfall kann die Veranlassung zu einer Schädeldepression abgeben. Gewisse rinnenförmige Impressionen mögen durch die Enden der Zangenlöffel entstehen. K. bezweifelt aber, dass löffelförmige auf die Weise entstünden. Dass mehrere Kinder derselben Frau in auf einander folgenden Geburten Impressionen erhielten, ist mehrfach berichtet (Ahlfeld und Steinsmann). Bei Schröder findet sich unter Zugrundelegung von 65 Fällen die Angabe, dass bei Impressionen in 34% der Fälle Scheintod und in 15% Tod der Kinder beobachtet werde. Für die Behandlung sind Saugpumpen u. Ä. empfohlen. Jennings trepanirte, und Boissard empfahl vor

Kursem, in der Stirnnaht den Schädel zu spalten, eine Sonde von hier aus zwischen Knochen und Dura mater vorzuschieben und so die Depression auszugleichen. K. ist geneigt, den Boissard'schen Vorschlag anzunehmen; jedoch räth Vortr., vorher das folgende Verfahren zu versuchen. Der kindliche Kopf wird energisch von vorn nach hinten komprimirt, wobei zuweilen die Depression sich ausgleicht mit einem Geräusche, das man hört, wenn eine Beule in einem Filzhute verschwindet. K. weiß über 2 Erfolge zu berichten. In einem 3. Falle war die Kompression von vorn nach hinten erfolglos, jedoch trat die erwünschte Wirkung ein, als man die Richtung des Druckes in einen schrägen Durchmesser verlegte.

Dewar berichtete über eine Frau, die im 6. Monate der Gravidität an Eklampsie erkrankte und am Ende der Schwangerschaft normal niederkam. An 4 Tagen traten Krampfanfälle auf; der Urin war eiweißfrei. Epilepsie schließt D. aus. Ätiologisch vermuthet Vortr. ein Bacterium bei der Eklampsie.

Haultain und McVie halten den Fall Dewar's nicht für Eklampsie, dagegen schließt sich der Vorsitzende der Meinung Dewar's an.

Der Vorsitzende Milne Murray zeigte ein Dermoid und ein Ovarium mit frischem Corpus luteum, ferner ein schnell gewachsenes Myom.

Haultain demonstrirte 2 Omphalopagen, die am Ende der Schwangerschaft todt geboren wurden. Es wäre bei lebenden Früchten eine operative Trennung möglich gewesen; ferner den carcinomatösen Uterus einer 29jährigen Frau.

Barbour Simpson legte ein Pessar vor, das 25 Jahre in der Scheide gelegen hatte.

Prof. Simpson legte eine intraperitonal rupturirte Cyste vor.

Rissmann (Osnabrück).

---

5) Aus den Verhandlungen der Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris.

Sitzung vom 6. Juli 1900.

Pinard theilt einen Fall von Ovariencyste mit, wo er wegen Stieldrehung im 3. Monate der Gravidität operiren musste, und die betreffende Frau zur richtigen Zeit spontan niedergekommen war.

In der Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag Richelot's »Sklerosis und wahre Metritis« erwidert Varnier auf die Frage von Delbet, ob eine Wöchnerin, die anscheinend ein normales Wochenbett durchmache bezw. keine Zeichen einer Infektion böte, dennoch inficirt sein könne, dies sei wohl möglich, wenn es auch nicht häufig vorkomme. So könne z. B. eine Phlegmasia alba dolens noch 3—4 Wochen post partum auftreten, ohne dass vorher jemals eine Temperatursteigerung bestanden habe.

Hartmann kann sich der Ansicht Richelot's nicht anschließen; er leugnet das Vorkommen einer nichtinfektiösen Entzündung des Uterus. Häufig seien eben nur die Bakterien nicht mehr nachzuweisen, wofür er verschiedene Beispiele anführt.

Richelot wendet sich in ausführlicher Weise gegen die Einwände, die ihm von den verschiedenen Seiten gemacht werden. Er präcisirt nochmals genau seinen Standpunkt: Es giebt einen Zustand des Uterus, der neuralgischer Natur ist, nichts mit Infektion zu thun hat und keine richtige Entzündung darstellt. Dieser Zustand muss seiner Ätiologie entsprechend behandelt werden; eine Verkennung desselben führt zu der so häufig vollständig zwecklosen und nicht selten schädigenden Lokalbehandlung, z. B. der Uterusauskratzung.

Dem gegenüber betont auch Delbet, dass alle Entzündungszustände des Uterus infektiöser Natur seien, und dass eine Sclerosis uterina im Sinne Richelot's nicht existire.

E. Schwartz berichtet über einen Fall von Angiosarkom der Vagina.

Es handelte sich um eine 24jährige Frau, die in vollständig ausgeblutetem Zustande in die Klinik gebracht, sich aus einer ulcerirenden Geschwulst der Vagina verblutete, trotz Tamponade, Kauterisirung etc.

In der Litteratur fand S. 6 ähnliche Fälle. Tritt der Tod nicht in Folge von Verblutung ein, so gehen die Pat. an Recidiv zu Grunde. Bei ganz verzweifelten Fällen käme die immerhin sehr problematische Unterbindung der Art. hypogastricae in Frage. **Engelmann jun.** (Bonn).

Neueste Litteratur.

6) Deutsche Dissertationen.

1) C. Heimbucher (Königsberg i/Pr.). Über Indikation und Prognose der manuellen Placentarlösung.

Um eine Übersicht zu erhalten, aus welchen Indikationen künstliche Lösungen der Nachgeburt vorgenommen worden sind und wie sich in den letzten Jahren die Prognose bezüglich der Mortalität und Morbidität nach künstlicher Placentarlösung gestaltet, hat H. 100 Fälle zusammengestellt: 87mal bestand Blutung bei Retention der Placenta oder eines Theiles derselben; 5mal mehrstündige Retention ohne Blutung; 8mal Erkrankungen intra partum (Nephritis, Eklampsie, Uterusruptur, Infektion). Als Ursachen der Retention ist 61mal Wehenschwäche angegeben, die 15mal bei protrahirter Geburt in Folge von engem Becken, Steißlage, schwach entwickelter Uteruswand, primärer Wehenschwäche auftrat, 6mal bei abnorm schnell und leicht verlaufender Geburt, 9mal bei abnormer Ausdehnung des Uterus bei Hydrocephalus, Hydramnion, 31mal ohne ersichtlichen Grund nach normaler Geburt. Als Ursachen der Retention, bei der es zu gefährlichen Blutungen kam, ist 61mal Wehenschwäche angeführt, 8mal Festhalten bei guten Wehen aus verschiedenen Ursachen (abnormer Bau, tiefer Sitz der Placenta, unzweckmäßige Leitung der Nachgeburtsperiode), 4mal Zusammenziehung des Kontraktionsringes, 10mal feste Verwachsungen, 2mal Placenta praevia, 2mal Uterus bicornis und bipartitus. Der Exitus letalis ist unter diesen 100 Fällen 11mal eingetreten, darunter befinden sich indessen jene 8 Fälle, bei denen der Eingriff wegen anderer, schon bestehender Erkrankungen gemacht wurde.

2) R. Hautel (Königsberg i/Pr.). Zur Statistik der Placenta praevia.

Eine statistische Zusammenstellung von 123 Fällen von Placenta praevia. In 35,9% handelte es sich um Placenta praevia centralis; 61,7% um Placenta praevia lateralis und 3,4% um Placenta praevia marginalis. Als häufigste Ursache wurde chronischer Katarrh des Uterus konstatirt. Die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Placenta praevia werden dann besprochen. Das Hauptverfahren bestand in der kombinirten Wendung; doch wurde zuletzt auch die Hystereuryse angewandt. Von 124 Kindern (1mal Zwillinge) wurden 32 lebend geboren, davon starben bald nach der Geburt noch 5. Von den 123 Müttern starben 12 = 9,7%, davon sind 2 nicht auf Rechnung der Placenta praevia zu setzen; also Gesammtmortalität nur 8,1%.

3) Ed. Groos (Marburg). Über das Flächenwachsthum der Placenta bezw. der Placentaranlage in der ersten Hälfte der Schwangerschaft.

Die vorliegende Arbeit bezweckt, den statistischen Nachweis zu liefern, wie sich die Ausdehnung der Placenta in der ersten Hälfte der Gravidität zur Größe der Gebärmutterhöhle verhält; wie groß die Entfernung der oberen Umschlagstelle der Decidua vera in die Reflexa zur unteren ist, und welche Ausdehnung später die Placenta hat. Verf. hat 38 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt; 6 Karten mit Erläuterungen sind der Arbeit beigefügt.

4) C. Eisenberg (Marburg). Die manuelle Entfernug der Placenta nach der Geburt reifer und frühreifer Früchte.

E. schildert die Methodik des abwartenden Verfahrens, wie es an der Marburger Klinik von dem Begründer derselben, Ahlfeld, angewandt wird und

welches in absoluter Ruhe nach Geburt des Kindes besteht. Auch selbst jegliches Betasten des Uterus soll unterbleiben. Verf. zeigt dann weiter, wie glänzende Resultate durch die abwartende Methode erzielt worden sind. Seit 1883 wurden unter ca. 5000 Geburten 32mal Placentarlösungen vorgenommen. Ein großer Theil der Fälle reicht dabei noch in die Zeit, in welcher die Methode noch nicht so ausgebaut war.

5) E. Puppel (Königsberg i/Pr.). Beiträge zum Studium der Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in präformirten Lymphbahnen.

An 9 Präparaten hat P. in einer mühevollen Arbeit durch vielfache Serienschnitte die Kenntnisse über die Bedeutung der Lymphbahnen für das Carcinoma uteri zu erweitern gesucht, um zugleich die Untersuchungen von Seelig einer Nachprüfung zu unterziehen. Er fand, dass das Carcinom der Portio sich auf dem Lymphwege ausbreitet. Dabei inficirt es diejenigen Lymphbahnen, die zwischen den Muskelbündeln, besonders denen der mittleren Muskelschichten gelegen sind und die sich in größere Gefäße in der äußersten Cervixmuskulatur ergießen.

Von hier aus pflanzt sich der Krebs auf die Scheide fort, oder er geht auf dem Lymphwege direkt ins Parametrium über und zwar zunächst in den Theil, welcher dem allein oder vorzugsweise erkrankten Abschnitte des Gebärmutterhalses anliegt. Eine Metastasenbildung im Corpus findet erst in sehr weit fortgeschrittenen Fällen statt, meist erst dann, wenn die Infektion des parametranen Gewebes erfolgt ist. (Diese Schlussfolgerung steht der von Seelig, dass das junge Collumcarcinom schon die Fähigkeit der Metastasirung in den Uteruskörper hinein habe, konträr gegenüber, während die von P. gemachten Beobachtungen mit denen von Seelig übereinstimmen.) Auch im Corpus geschieht die Fortpflanzung der Geschwulstelemente in präformirten Lymphbahnen, welche in der innersten Muskelschicht des Corpus sehr eng sind, dagegen in den äußeren ein relativ weites Lumen besitzen.

Das praktisch wichtigste Resultat ist in Übereinstimmung mit v. Franqué, dass die Totalexstirpation des Uterus bei beginnendem Portiocarcinom auf Grund der histologischen Untersuchungen nicht gerechtfertigt ist. Bei der Vielgestaltigkeit des Carcinoms ist es auch hier durchaus nothwendig, jeden Fall streng zu individualisiren und danach die Operationsmethode zu wählen.

6) H. Steinbach (Würzburg). Über Carcinoma corporis uteri.

Vorliegende Arbeit stellt die vom Jahre 1889 bis inkl. 1897 in der Würzburger Universitäts-Frauenklinik beobachteten Fälle von Gebärmutterkrebs zusammen. Im Ganzen kamen 251 Fälle zur Beobachtung, darunter waren 29, also 11%, Corpuscarcinome. Das Durchschnittsalter betrug 56 Jahre. Unter diesen hatten 7 = 24% nicht geboren. In den meisten Fällen hatte die Menstruation weit in die 50er Jahre in ungewöhnlicher Stärke angedauert.

7) J. Arendes (Würzburg). Über primäres Carcinom der Tuben.

A. beschreibt einen Fall von primärem Tubencarcinom. Die von anderen Autoren angeführten Kriterien des primären Tubenkrebses finden in diesem Falle volle Anwendung. Der Tumor zeigt, wie alle Abarten des primären Tubenkrebses als übereinstimmendes Merkmal im pathologisch-anatomischen Befunde den papillären Bau. Von einer scirrhösen Form, die etwa mit einem scirrhösen Drüsencarcinom zu vergleichen wäre und bei primärem Tubenkrebs sicher nie vorkommt, ist im vorliegenden Falle auch nicht die Rede. Der Ausgangspunkt ist auch hier die Tubenschleimhaut; auch trifft es hier, wenigstens bei der einen Tube, zu, dass die Neubildung die Pars media und externa tubae einnimmt.

8) P. Steltner (Königsberg i/Pr.). Über Kombination von Carcinom mit Prolaps.

Der Krebs pflegt an der vorgefallenen Gebärmutter vorwiegend bei Frauen aufzutreten, welche im 5. Jahrzehnt ihres Lebens stehen und ihren Vorfall als primäre Krankheit seit 10 Jahren oder darüber, seltener darunter, ohne jegliche Behandlung und Schonung herumtragen. Allmählich treten außer den zuerst bestehenden lokalen Störungen solche des Allgemeinbefindens und Urinbeschwerden

auf, bis nach jahrelanger Dauer des Prolapses ein um sich greifendes Geschwür, heftige Schmerzen, profuse Blutungen und event. jauchiger Ausfluss das Entstehen einer Neubildung anzeigen.

Vorwiegend tritt dieselbe an der Portio als carcinomatöses Geschwür unter dem Bilde des Waldeyer'schen Hautkrebses auf, mit langsamem Wachsthume, bei geringer Neigung, in die Tiefe zu dringen, und wenig ausgesprochener Tendenz, sich mit Ausnahme der Scheide auf die Nachbarorgane auszubreiten. Erst bei längerem Bestehen ergreift das Carcinom durch kontinuirliches Wachsthum die Cervix, häufiger die Blase und nach Erreichung der Parametrien erst das Corpus zuletzt und somit am seltensten.

Was die Prognose betrifft, so ist dieselbe im Allgemeinen günstiger, wie bei Carcinom des Uterus ohne Vorfall. In Bezug auf die Therapie ist Verf. dafür, in einzelnen Fällen von relativ frischen Neubildungen der Portio und Vorfall mäßigen Grades mit der hohen Collumamputation und nachfolgender Kolporrhaphie und Perineoplastik auszukommen. In allen Fällen jedoch, in denen das Carcinom von der Portio auf die Cervix oder die Scheide übergegriffen hat, so wie totaler Prolaps besteht, sowohl des Uterus als der Scheide, ist als rationellste, weil radikalste und am ehesten zur Heilung führende Operation die vaginale Totalexstirpation unter Mitnahme der Adnexe zu empfehlen. Bei Besprechung der verschiedenen Krebstheorien tritt S. für die von Thiersch ein. Die Störung des statischen Gleichgewichtes zwischen Epithel und Stroma im vorgerückten Alter ist hier zurückzuführen auf die durch chronisch entzündliche Processe in der Schleimhaut bei lange bestehendem Prolaps geschaffene lokale Disposition.

9) F. Bonsmann (Würzburg). Zur Kasuistik der Beckenverletzungen bei künstlichen Geburten.

Der Fall betrifft eine Symphysenruptur, welche bei einer Wendung und schwierigen Extraktion des Kopfes in der Walcher'schen Lage bei gleichzeitigem Drucke von oben eintrat. Außerdem bot der Fall noch ein besonderes Interesse durch nachfolgende, auf nicht zu erklärende Weise entstandene Embolie der Art. tib. post., in Folge deren Gangrän des Fußes eintrat, welche die Amputation erforderte. Außer genauer Schilderung des Falles enthält die Arbeit eine Zusammenstellung von Beckenverletzungen, welche durch künstliche Entbindung eintraten.

10) E. Coester (Marburg). Über Geburtshindernisse durch hymenale Balken und Scheidenzwischenwände.

Der Zweck dieser Arbeit ist der, die in der Litteratur zerstreut sich findenden wichtigsten Fälle über Geburtshindernisse, bedingt durch Scheidenzwischenwände und hymenale Balken, zu sammeln unter Hinzufügung von 5 in der Marburger gynäkologischen Klinik beobachteten Fällen.

11) R. Rothfuchs (Marburg). Über das Hämatom der Vulva post partum.

Ein in der Marburger Klinik beobachteter Fall, bei dem auswärts 3 Tage post partum ein etwa kindskopfgroßes Hämatom der linken großen Schamlippe aufgetreten war, gab Veranlassung zu vorliegender Arbeit. Der Fall ist eingehender beschrieben nebst allgemeinen Erörterungen über die Entstehungsursachen der Hämatome, Diagnose, Prognose und Therapie. Unter den 5 in der Marburger Entbindungsanstalt beobachteten Fällen von Haematoma vulvae et vaginae kam ein Todesfall vor.

12) Lampenscherf (Würzburg). Über die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Osteomalakie.

L. verbreitet sich in eingehender Weise über die verschiedenen Theorien, die Entstehung der Osteomalakie betreffend. In Bezug auf die einzuschlagende Therapie neigt L. am meisten zu der Kastration, wenn die Beschwerden zu groß werden und die einfachen Mittel nicht hinreichen. Fraglich könne es zuweilen sein, wie man sich in Fällen zu verhalten habe, in welchen bereits in der 1. Hälfte der Schwangerschaft die osteomalakischen Erscheinungen und Beschwerden einen

solchen Grad erreichen, dass die Gesundheit der Mutter aufs schwerste bedroht erscheint. Hier muss man sich in jedem einzelnen Falle darüber entscheiden, ob im Interesse der Mutter die Schwangerschaft unterbrochen werden muss, oder ob man das normale Ende der Schwangerschaft bei geeigneter Therapie glaubt abwarten zu können. Verf. schildert 2 Fälle, in denen bei der Unmöglichkeit der Einleitung des künstlichen Abortes die Amputation des graviden Uterus gemacht wurde. In beiden Fällen war der Eingriff von Erfolg gekrönt. Die Schmerzen schwanden allmählich, und das Gehvermögen wurde wieder hergestellt.

13). S. Totschek (Würzburg). Über Organisation von Hämatocelen im Anschlusse an Tubarschwangerschaft.

Auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen von 3 im Anschlusse an Tubarschwangerschaft entstandenen Hämatomen kommt T. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Hülle des Hämatoms gehört diesem selbst an und bildet sich erst mit den Blutungen selbst; das Blut organisirt dieselbe.

2) Das Hämatom beseitigt durch seine Bildung und die Abkapselung durchaus nicht die Gefahren, die den Kranken mit Tubargravidität drohen.

3) Es soll nicht bis zum möglichen Schlusse einer Tubargravidität gewartet, sondern die Köliotomie ausgeführt werden, sobald die Diagnose der tubaren Einbettung gestellt ist, und der ganze Fruchtsack möglichst mit dem Hämatom ausgeschält werden.

4) Der Operation per vaginam ist unbedingt die Köliotomie vorzuziehen, da man nach Eröffnung der Bauchhöhle ein klares Bild vor sich hat und bei der heute vorgeschrittenen Technik die Gefahren des Eingriffes bedeutend herabgesetzt sind.

14) K. Mattig (Würzburg). Zur Kasuistik der Tubo-Abdominalschwangerschaften.

In dieser Dissertation wird ein an der Würzburger Klinik beobachteter Fall von ektopischer Gravidität geschildert, bei dem mit Sicherheit erwiesen werden konnte, dass das Ovulum auf der Fimbria ovarica implantirt und ursprünglich gegen die Bauchhöhle abgekapselt war; dass ferner diese ursprüngliche Begrenzung des Fruchtsackes, sowohl die Decidua vera, wie reflexa stark regressiv verändert, gedehnt und vielfach durchbrochen waren; es ist dann aber zur sekundären Abkapselung gegen die Bauchhöhle gekommen durch die allmählich aufgelagerten Blut- und Fibrinmassen und durch um dieselben gebildete Pseudomembran.

15) G. Mendelsohn (Königsberg i/Pr.). Über Epilepsie in der Schwangerschaft.

M. beschreibt ausführlich einen Fall von Epilepsie bei einer 20jährigen jungen Frau. Es wurde in diesem Falle beobachtet, dass die Gravidität die Epilepsie ungünstig, der Partus selbst dagegen sie günstig beeinflusste. In Bezug auf die Fragen vom Einflusse der Gravidität. des Partus oder des Wochenbettes auf die Epilepsie herrscht bei den verschiedenen Autoren keine Urtheilseinheit. Nach Allem könne man den Schluss ziehen, dass im Ganzen und Großen ein augenfälliger Einfluss der genannten Processe auf die Epilepsie nicht existire.

16) A. König (Marburg). Die Anwendung des Alkohols bei der Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.

Die überaus starken und auch nicht immer ganz harmlos verlaufenden Reizerscheinungen in Folge des Credé'schen Verfahrens berechtigten das Suchen nach einer einfacheren und wo möglich auch erfolgreicheren prophylaktischen Methode zur Verhütung der Augeneiterung Neugeborener. Es wurden desshalb in der Marburger Frauenklinik seit einer Reihe von Jahren verschiedene Verfahren mit mehr oder weniger günstigem Erfolge versucht, von denen das zuletzt angewandte, Behandlung der Augen mit Alkohollösung, von H. in eingehender Weise besprochen wird. Mit der Steigerung der Koncentration der Alkoholmischung von 50 auf 70% war, wenn auch die procentuale Erkrankungsziffer an Blennorrhoe ungefähr dieselbe blieb, entschieden eine Verminderung in der Intensität und Dauer der einzelnen Erkrankungen zu verzeichnen. Irgend welche üble dauernde Folgen

wurden nicht beobachtet; die bei stärkeren Koncentrationen auf die Alkoholreizung zurückzuführenden Conjunctivitiden schwanden bald wieder; doch wurden Versuche mit noch stärkeren Lösungen eben wegen der zu befürchtenden stärkeren Reizung unterlassen.

17) G. Prang (Königsberg i/Pr.). Ein Fall von Fibromyom vom Ligamentum rotundum uteri ausgehend.

Beschreibung eines Falles von Fibromyom am Ligamentum rotundum, welches intraperitoneal saß und einen Zipfel in den rechten Leistenkanal sandte, welcher als reponible Leistenhernie imponirte. Der Tumor, von Mannskopfgröße, wurde durch Köliotomie entfernt.

18) A. Wickmann (Würzburg). Über operative Behandlung der Meningocele.

Hofmeier operirte am 7. Tage nach der Geburt eine Meningocele. Der Stiel der Geschwulst war ca. 2 cm breit und hatte einen Umfang von 7 cm. Die Wunde verheilte ganz glatt, doch stellte sich in der Folge ein immer mehr zunehmender Hydrocephalus ein, dem das Kind in der 9. Woche erlag. **Odenthal** (Bonn).

19) J. Nagel. Drei Fälle von Kaiserschnitt mit querem Fundalschnitte.

In allen Fällen bildet die Indikation nicht Beckenenge, sondern lebensbedrohende Erkrankung der Mutter, 2mal Dyspnoë, hervorgerufen durch Struma oder Bronchitis, 1mal Eklampsie.

Aus den zum Theil recht kurz gehaltenen Operationsbeschreibungen geht hervor, dass die Blutung aus der Uterusschnittwunde immer gering war, Nachblutung nie eintrat, und dass die Entwicklung des Kindes jeweilen leicht war. — Die Placenta wurde einmal getroffen.

20) A. Brundieck. Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt für Mutter und Kind bei inneren Krankheiten der Mutter.

Verf. berichtet über 17 Fälle; die häufigste Indikation bildeten Tuberculosis pulmonum (4), Nephritis (7); außerdem je ein Fall von Osteomalakie, Perityphlitis, Leukämie, Herzfehler, Abdominaltumor mit Hydramnion, einfaches Hydramnion. In allen Fällen wurde bloß bei lebensbedrohenden Erscheinungen (Respirations- und Cirkulationsstörungen, Eklampsie) eingegriffen. Kinder lebend geboren 85%, lebend entlassen 62,5%. — Wegen Zustand der Mutter 10mal operative Nachhilfe nothwendig. — Von den verschiedenen Methoden (heiße Scheidenduschen, Bougies, Cervixtamponade, Metreuryse) bewährte sich die Metreuryse am besten, sowohl sicherste Wirkung als kürzeste Geburtsdauer. Durchschnittliche Dauer aller Geburten 22 Stunden.

21) R. Birnbaum. Beitrag zur Kasuistik der Selbstentwicklung und Geburt »conduplicato corpore« bei Querlage.

I. 2 Fälle von »Selbstentwicklung« bei nicht abnorm weitem Becken; Kinder nicht ausgetragen, in einem Falle allerdings im 10. Monate; beide Kinder todt, in beginnender Maceration.

II. 1 Fall von Geburt »conduplicato corpore« bei einer Frühgeburt von 7 Monaten; Kind todt geboren, wahrscheinlich in Folge Verschleppung der Geburt vor Einlieferung in die Klinik.

Die Fälle bilden einen Beitrag zu den bekannten Thatsachen, — ohne neue Daten zu ergeben.

22) K. Waehmer. Beiträge zur Ovariotomie in der Schwangerschaft.

Verf. bringt 6 einschlägige Fälle; 4mal war die Diagnose mit Sicherheit zu stellen, 1mal wurde fälschlich Hydramnion angenommen, 1mal fand sich bei der Operation Hydronephrose.

Verf. betont mit Recht die Schwierigkeit der Differentialdiagnose; zur Sicherung derselben ist event. Punktion des Tumors und chemische Untersuchung der Punktionsflüssigkeit von Werth (Pseudomucin bei vielen Ovarialkystomen). Bei Hydronephrose lässt sie indess meist im Stiche (Ref.).

Die Indikation zur Operation schränkt Fehling nur in den Fällen von kleinen und mittleren Tumoren ein, wo jede Gefahr der Schwangerschaftsunterbrechung vermieden werden soll.

Bei der operativen Therapie ist die Prognose für Mutter und Kind um so günstiger, je früher in der Schwangerschaft operirt wird. Die Zusammenstellung aller bekannten Fälle giebt für die Mütter eine Mortalität von 5%, für die Kinder von 22,4%.

23) A. Dirk. Zwei Fälle von Heilung einer durch Laparotomie entstandenen Harnleiterverletzung durch Einpflanzung in die Blase.

In beiden Fällen wurde die Ureterverletzung bei der Operation (Myomotomie, Ovarialcarcinom) bemerkt und gleich behandelt durch Einpflanzung des Ureters in die Blase mittels mehretagiger genauer Naht und schrägem Einnähen des Ureters in die Blasenwand. Im 1. Falle zeigt sich vom 7. Tage an Harnträufeln, das nach 4 Wochen spontan sistirt, im 2. Falle ist die Heilung eine ganz glatte. An der Hand der ausführlich angeführten Litteratur empfiehlt Verf. die Ureterocystostomie und die Uretero-ureterostomie als allein berechtigt gegenüber den alten Methoden.

24) W. Zimmermann. Sechs Fälle von Hautgangrän nach subkutaner Infusion von Kochsalzlösung.

Es ist interessant, Angaben über Unglücksfälle bei der Kochsalzinfusion zu erhalten; der Einzelne wird wenig Gelegenheit haben, Ähnliches zu beobachten. An der Tübinger Klinik werden nur die subkutanen Infusionen geübt, obwohl gerade in den schwersten Fällen die intravenösen Infusionen von entschiedenem Werthe und in einer Klinik einfach genug auszuführen sind (Ref.).

In 5 Fällen handelt es sich um Gangrän der Haut an der Einstichstelle, theils an der Brust, theils am Oberschenkel, in 1 Falle um Infektion mit Streptokokken und nachfolgender Septikopyämie.

Leider ist nicht angegeben, ob während der Infusion die Stelle massirt wurde zum Zwecke der besseren Vertheilung der Flüssigkeit und Vermeidung der Gangrän.

25) H. Feenders. Über die Erfolge von 81 Totalexstirpationen des Uterus wegen maligner Tumoren.

Die Operationen umfassen den Zeitraum von November 1897 bis Februar 1900. Sie wurden nach den verschiedenen Verfahren ausgeführt. Die Mortalität betrug 14,8%. Todesursache ist meistens Blutung oder Peritonitis. (Die an die vaginale Operation wegen Blutung angeschlossene Laparotomie giebt auch hier im Ganzen ungünstige Resultate.) 25% der entlassenen Frauen starben an Recidiv innerhalb 4—21 Monaten. 34 Pat. konnten nachuntersucht werden, davon rückfällig 8, nach 3—13$^1/_3$ Monaten. In toto sind 50% der Operirten recidivfrei, mit Abzug der erst vor 6 Monaten Operirten. In 10 Fällen traten Fisteln auf (5 Ureter- und 5 Blasenfisteln), alle bei weit vorgeschrittenen Fällen.

Verf. führt endlich kurz 7 Fälle von Carcinom der Vagina und Sarkom des Uterus an.

26) G. Beck (Prag). Zwei Lysolvergiftungen in Folge Verwechslung mit Ergotinlösung.

In beiden Fällen betrug die Dosis Lysol 1 Esslöffel, gegeben an Stelle von Ergotininfus. — Die Erscheinungen sind starkes Brennen, Taubsein der Mundschleimhaut, Verätzung 1.—2. Grades der sichtbaren Schleimhäute. — Die angewandte Therapie, Magenspülung, nachher Kalkwasser und Milch, bringt in beiden Fällen Heilung. — In einem Falle Symptome von Nierenreizung.

27) W. Tischmeyer. Ein Fall von Hämatometra mit Hämatosalpinx bei Atresia vaginalis.

Es handelt sich um eine 20jährige Pat., die nie menstruirt hat. — Die oberhalb des Hymens verschlossene Scheide ist stark ausgedehnt; sie geht nach oben über in einen Tumor, der das ganze Hypogastrium einnimmt und einen ca. 20 cm langen, breiten Fortsatz nach links hat.

Die Operation besteht in der Excision der in viel Adhärenzen eingebetteten Hämatosalpinx und des linken Ovariums, so wie in der Eröffnung der blind endenden Vagina. — Pat. geht an einem intraperitonealen Abscesse zu Grunde. — Am Präparate fand sich ein rudimentäres rechtes Uterushorn mit eigener Lichtung und durch einen Kanal mit der Uterushöhle verbunden. Die linke Tube ist am abdominalen Ende vollständig verschlossen ohne Spur von Fimbrien und hat eine der Uterusschleimhaut sehr ähnliche Struktur (Metaplasie). Trotz des vorliegenden Misserfolges zeigt Verf. an der Hand der Litteratur, dass die Salpingektomie bei Hämatosalpinx die Operation der Wahl sein soll.

28) **A. Hager.** Über die operative Behandlung der Scheiden-Gebärmuttervorfälle.

Nach einer historischen Einleitung über die Entwicklung der Prolapsoperationen bringt Verf. eine Zusammenstellung der in der Tübinger Klinik in den letzten $2^1/_2$ Jahren wegen Prolaps ausgeführten Totalexstirpationen; es sind 43 auf 158 Prolapsoperationen in toto, 1 Todesfall am 17. Tage, als Ätherpneumonie gedeutet.

In allen Fällen wurde eine ausgedehnte Resektion der Scheide vorgenommen und der vorhandenen Dammrisse halber (alle Pat. hatten geboren) in 16 Fällen die Dammplastik beigefügt; die Adnexe wurden nur bei Erkrankung derselben entfernt; Bettruhe nach der Operation 14—20 Tage.

Bei der Nachuntersuchung von 40 Fällen, nach 2—28 Monaten, war das Resultat sehr gut in 32 Fällen, während in 8 Fällen, wo die Dammplastik nicht ausgeführt worden war, ein geringfügiger Prolaps der Scheidenwände sich wieder eingestellt hatte. Subjektiv war bei allen Pat. der Zustand ein sehr befriedigender.

29) **R. Ransonné.** Über einen Fall von angeborener Ösaphagusatresie.

Der Fall bietet an und für sich nichts Besonderes; er entspricht dem gewöhnlichen Befunde: ein peripherer Ösophagusabschnitt, der unten blind endigt und hier mäßig erweitert ist, ein centraler Theil, 5 cm lang, der mit seinem distalen Ende in die Trachea einmündet, beide verbunden durch einen soliden muskulösen Strang von 0,7 cm. — Zeichen von abgelaufener Entzündung sind nicht vorhanden, wesshalb der Befund als intra-uterine Hemmungsbildung gedeutet wird.

Die klinische Diagnose ist leicht. — Der unvermeidliche Exitus erfolgt durch Inanition (oder zuweilen wohl Schluckpneumonie; der Ref.).

O. Burckhardt (Basel).

Verschiedenes.

7) **F. Dejardin** (Liège). Ein neues Verfahren der abdominalen Hystero-Ligamentopexie oder mediane abdominale Hysteropexie.

(Ann. de la soc. Belge de chirurgie Bd. VIII. Hft. 8.)

Incision von 12—15 cm Länge in der Linea alba. Vor Eröffnung des Peritoneums Incision der Rectusscheiden an ihrem inneren Rande, um den Rand der Muskeln frei zu legen und die Scheide selbst zu entfalten. Hervorziehen des Fundus uteri. Aufsuchen und Isoliren der Ligg. rotunda, indem jederseits ein Faden unter denselben dicht am Eintritte in den Leistenkanal durchgeführt und geknüpft wird. Durchtrennen diesseits der Ligatur. Enukleation der Bänder aus ihrer peritonealen Bedeckung bis zu den Uterushörnern; Vorziehen derselben vor die Bauchdecken. Naht der Bauchwunden in 2 Etagen bis zu dem Punkte, wo der Uterus fixirt werden soll, derart, dass eine Nahtreihe den unteren Theil der Rectusscheide und des Rectus selbst jederseits fasst. Dann 3 Nähte durch den unteren, mittleren und oberen Theil des Corpus uteri, hier dicht am Fundus, welche, wie die vorigen gelegt, geknüpft und kurz abgeschnitten werden. Dann weiterer Schluss der Bauchhöhle bis zum oberen Wundwinkel, wo die Ligg. rotunda durch Nähte fixirt werden, welche durch die oberen Rectusscheiden und

oberen Hälften des Muskels geführt werden. Abtragung des überschüssigen Theiles der Bänder. Sorgfältige Hautnaht mit Fils de Florence.

D. empfiehlt dies Verfahren besonders für komplete oder nach vorausgegangenen anderweitigen Operationen recidivirende Uterusprolapse unter Umständen mit Zuhilfenahme von Scheiden- und Dammplastiken. Er theilt einen Fall mit, in welchem der totale Vorfall im 15. Lebensjahre bei der Stuhlentleerung entstanden war. Es waren 4 Perineoplastiken, 3 Köliotomien, alle mit dem Erfolge baldiger Recidive gemacht worden. Nach dem D.'schen Verfahren war, obwohl keine Kolporrhaphie angeschlossen wurde, nach 4 Monaten kein Recidiv eingetreten.

Graefe (Halle a/S.).

8) **Lebesgue** (Brüssel). Vereiterte Ovarialcyste.

(Ann. de la soc. Belge de chir. 1900. No. 10.)

41jährige Vpara. Letzte Menses vor $11^1/_2$ Monaten. Letzter Partus im 8. Monate vor $4^1/_2$ Monaten, leicht. Unmittelbar nach der Entbindung wurde ein rechtsseitiger abdominaler Tumor konstatirt. Seitdem immer etwas Unterleibsschmerzen. 4 Monate später kachektischer Zustand, abendliches Fieber. Köliotomie. Punktion der Cyste entleert geruchlose, eitrige Flüssigkeit. Zahlreiche Darm- und Netzadhäsionen an der Rückseite des Tumors, der multilokulär ist. Abtragung derselben. Tod am 3. Tage p. op. ohne Temperatur- und Pulssteigerung. Autopsie ergiebt keine Anzeichen von Peritonitis. Im Eiter der Cyste fanden sich einige pyogene Mikrokokken. **Graefe** (Halle a/S.).

9) **A. Delétrez** (Brüssel). Elephantiasis der Vulva.

(Ann. de la soc. Belge de chir. 1900. No. 10.)

50jährige Frau hat zuerst vor 12 Jahren einen kleinen Tumor an der Vulva bemerkt, der langsam gewachsen ist. Jetzt hat er von vorn nach hinten einen Durchmesser von 35, seitlich von 24 cm. Er wird von den hypertrophirten kleinen und großen Schamlippen gebildet und wiegt $5^1/_2$ kg. Seine Oberfläche ist knollig. Seit Eintritt der Menopause soll er 4wöchentlich sich röthen und serös-blutig absondern. Abtragung unter starker Blutung, so dass 2 Liter Kochsalzlösung injicirt werden müssen. **Graefe** (Halle a/S.).

10) **A. Boari** (Pescia). Angeborener Mangel der Vagina. Hämatometra. Bildung eines künstlichen Vaginalweges.

(Rassegna d'ost. e gin. 1899. No. 7.)

Das 17jährige Mädchen hat seit einigen Monaten heftige Kreuz- und Leibschmerzen; in der letzten Zeit nahm das Abdomen allmählich an Umfang zu, und es traten Urinbeschwerden ein. Die Vagina fehlt vollständig; von den äußeren Schamtheilen sind nur große Labien und Clitoris vorhanden. Der Uterus ist vergrößert (wie im 2. Monate der Schwangerschaft). Die operative Beseitigung des Bildungsfehlers wurde in folgender Weise vorgenommen: Nach Spaltung der medianen »Raphe« dringt das Messer 6—7 cm tief in der Richtung nach dem Uterus ein. Der untere Theil des Uterus wird angestochen, und es entleert sich fast 1 Liter einer schwärzlichen, pechartigen, zähen Flüssigkeit, »wie Tamarindensirop«. Alsdann wurde die den Halstheil des Uterus bedeckende Mucosa in Form einer Manschette abpräparirt, nach unten geklappt und mit 2 den großen Labien entnommenen Hautlappen vereinigt. Auf diese Weise gelang es, einen Scheidenkanal herzustellen, der zwar des Fornix entbehrt, der aber wenigstens in seinem oberen Theile von Schleimhaut ausgekleidet ist. **H. Bartsch** (Heidelberg).

11) **Hall** (Victoria). Die gynäkologische Behandlung Geisteskranker.

(Pacific med. journ. 1900. April.)

H. hat eine größe Zahl geisteskranker Weiber gynäkologisch untersucht und darunter 75mal ausgesprochene Krankheiten gefunden, leider ohne anzugeben, unter wie viele Geisteskranken er sie herausgefunden hat. Weiter giebt er dann Ge-

naueres über 34 Operirte mit der bedeutenden Sterblichkeit von 4 oder fast 12 %. Auch der Einfluss der Operation auf die Geisteskrankheit erscheint recht problematisch, da 6 angeblichen Heilungen 2 gänzliche Misserfolge gegenüberstehen, und von den übrig bleibenden »Gebesserten« noch mehrere nach einiger Zeit wieder rückfällig wurden. Es erwacht der Verdacht, dass, wie bei Letzteren es sich überhaupt bei sämmtlichen Gebesserten nur um einen zeitweiligen Scheinerfolg gehandelt habe, wie es z. B. den Chirurgen ja auch bei operirten Epileptikern missliebig bekannt ist. Jede Operation übt eben auf Psyche und Nervensystem einen gewaltigen, aber vorübergehenden Einfluss aus. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

12) **C. H. Stratz** (Haag). Integrale Statistik der gynäkologischen Klinik im Haag.

(Nederl. Tijdschrift v. Verloskunde u. Gynäkologie 1899. Hft. 2.)

Es wird zuerst ausführlich die Einrichtung von Verf.s Privatklinik im Haag beschrieben; auf die Details der Asepsis und Antisepsis, Vorbereitung zur Operation etc. kann hier nicht näher eingegangen werden.

Bei den großen Operationen 38° C. 1 Tag ging die Temperatur nach Laxantien auf die Norm zurück; in den beiden anderen Fällen war 1mal wahrscheinlich Reizung nach Lösung von Adhäsionen, in dem anderen (über 39° C.) Stichkanaleiterung. Auch bei den kleineren Operationen mit 38° C. ging 4mal die Temperatur nach Laxantien auf die Norm zurück; bei einem 5. Falle bestand Otitis media, in den letzten 2 Fällen (über 39° C.) Febris intermittens.

Unter den 10 großen Operationen waren 3 Ovariotomien, 2 Myomotomien (vaginale Totalexstirpation), 1 vaginale Totalexstirpation wegen Carcinom (mit Entfernung eines Ovarialtumors), 1 Nierenexstirpation wegen Tumor, 2 Adnexoperationen, 1 Abdominalhernie mit rechtsseitiger Entfernung der Adnexe.

Von einer Pat., bei der die Wunde nicht p. prim. heilte, wird die Krankengeschichte ausführlich mitgetheilt. **Semmelink** (Leiden).

13) **A. Noto** (Palermo). Ein Fall von Verletzung der Vagina sub coitu.

(Rassegna d' ost. e gin. 1899. August.)

Die 23jährige Mehrgebärende war von ihrem — seit 3 Monaten abwesenden — Liebhaber (Soldat) besucht worden; dieser hatte den Coïtus »more quadrupedum« vollzogen. Dabei empfand die Frau starken Schmerz; unmittelbar nachher beträchtliche Blutung. Im unterm Drittel der hintern Scheidenwand, 3 cm vom Ostium vulvare entfernt, fand sich ein 5 cm langer Riss; nach Anlegung von 6 Seidennähten stand die Blutung. Da die Genitalien der Frau völlig normal waren und dieselbe oftmals vorher mit demselben Manne verkehrt hatte, so ist das ursächliche Moment der Verletzung wohl hauptsächlich in dem besonderen Ungestüm des Coïtus — in Verbindung mit der abnormen Position — zu suchen.

H. Bartsch (Heidelberg).

14) **Buckley** (St. Francisco). Pathelesia.

(Pacific med. journ. 1899. Oktober.)

Schon im Juli-Hefte derselben Zeitschrift hatte B. vorgeschlagen, den Namen »Hysterie« auszumerzen und durch den neuen Namen »Pathelesie« (von πάθος und θέλεσις) zu ersetzen. Wenn wir auch das Bedürfnis hierzu nicht völlig zugestehen, wollen wir doch der Vollständigkeit halber nicht verfehlen, nunmehr au diese Umtaufung aufmerksam zu machen. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. Sonnabend, den 9. März. 1901.

Inhalt.

I.

(Aus der Bonner Frauenklinik.)

Zwei Fälle von Bauchdeckenhämatom in der Schwangerschaft.

Von
Dr. W. Stoeckel.

Über Blutergüsse in den Bauchdecken, die ohne nachweisbare äußere Veranlassung im Verlaufe einer Schwangerschaft entstehen, liegen meines Wissens Beobachtungen bisher nicht vor. Ich erlaube mir daher, zwei derartige, kurz nach einander in hiesiger Klinik beobachtete Fälle mitzutheilen.

1) Frau M. Sch. (1899/1900 J.-N. 553.) IVpara. Von den 3 vorangehenden Geburten wurde die erste mittels Forceps beendet, die beiden anderen verliefen ohne Kunsthilfe normal. Vor 2 Jahren hat Pat. 2mal abortirt im 3. resp. 4. Monate der Schwangerschaft; bei der Aufnahme am 26. März giebt sie an, im 6. Monate schwanger zu sein. Kindsbewegungen hat sie zuerst vor ca. 3 Wochen, zuletzt vor 4 Tagen gespürt. In Folge einer Erkältung litt Pat. in letzter Zeit an starkem Husten. Während eines derartigen Hustenanfalles spürte sie vor ca. 2 Wochen in der Nacht ganz plötzlich heftig ziehende Schmerzen in der rechten Unterleibsseite und bemerkte, dass sich oberhalb der rechten Leistenbeuge eine Anschwellung ausbildete. Gleichzeitig soll sich geringes Fieber (38°) eingestellt haben. Die

Schmerzen ließen im Laufe der nächsten Tage etwas nach. Eine Blutung aus der Scheide trat nicht ein. Als aber am Morgen des Aufnahmetages plötzlich reichlicher Wasserabfluss sich einstellte, suchte Pat. die Klinik auf.

Die Untersuchung ergab, dass der Uterus entsprechend dem 6.—7. Schwangerschaftsmonate vergrößert, in anteflektirter, stark dextrovertirter Stellung lag. Durch den für 3 Finger bequem durchgängigen, äußeren Muttermund gelangte man in den völlig entfalteten Cervicalkanal, in dem die prall sich vorwölbende Eiblase fühlbar war. Placentatheile konnten nirgends nachgewiesen werden. Ganz besonders auffallend war der Befund an den Bauchdecken: Unmittelbar über der Symphyse, die Linea alba rechts etwas weiter als links überragend, machte sich eine große, scheibenförmige Anschwellung bemerkbar, die sich fast bis zum Nabel erstreckte. In der Mitte am dicksten, flachte sie sich nach der kreisrunden Peripherie hin gleichmäßig ab und war mit scharfem, sehr deutlich markirtem, sich wallartig etwas erhebendem Rande gegen die Umgebung abgegrenzt. Der Nachweis, dass der Tumor in den Bauchdecken selbst lag, war sehr leicht zu erbringen. Abgesehen davon, dass schon eine flüchtige Palpation seine ganz oberflächliche Lage klar erkennen ließ, waren die Bauchdecken oberhalb von ihm so weit einzudrücken, dass man die Tumorscheibe von oben her umfassen, zwischen die Finger nehmen und die Hand tief zwischen den vor ihr befindlichen Tumor und den hinter ihr liegenden Uterus einschieben konnte. Allenfalls hätte man eine übermäßig gefüllte Blase mit pericystitischer Exsudatbildung differentialdiagnostisch in Betracht ziehen können, doch schon der Umstand, dass nach völliger Entleerung der Blase mittels Katheters Gestalt, Form und Konsistenz des Tumors absolut unverändert blieben, bewies, dass die Blase absolut unbetheiligt war, die Geschwulst also den Bauchdecken selbst angehörte. Der Lungenbefund war normal, der erste Herzton über allen Ostien etwas hauchend, der Urin stark eiweißhaltig (2‰ im Essbach), ohne Nierenbestandtheile. Nach einer, am Abend desselben Tages eintretenden, sehr heftigen Uterusblutung wurde zunächst eine feste Scheidentamponade von Jodoformgaze ausgeführt. Nach einigen Stunden wurde dieselbe, völlig durchgeblutet, entfernt. Der vollständig eröffnete Muttermund war jetzt überdacht von der stark zerfetzten, prolabirten Placenta. Wendung und Extraktion eines der 26. Woche entsprechenden, frisch abgestorbenen Fötus in leichter Chloroformnarkose. Entfernung der enorm großen Placenta durch Crédé'schen Handgriff. Uterusausspülung mit $^1/_2$%iger Lysollösung. Völlig normales und fieberfreies Wochenbett; schon am 2. Tage p. partum kein Albumen im Urin mehr nachweisbar. Bis zum 2. April waren Veränderungen an dem Tumor nicht bemerkbar. Nur gelang es nicht mehr, die frühere deutliche Fluktuation nachzuweisen, die mir von vorn herein für einen Flüssigkeitserguss zu sprechen schien. Von Neubildungen waren Fibrome und Lipome, der Konsistenz und Konfiguration nach, ohne Weiteres auszuschließen. Nur ein weiches Sarkom der Bauchdecken konnte differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Der weitere Verlauf schloss aber auch diese Möglichkeit aus: der Umfang der Geschwulst verminderte sich während des Wochenbettes, wenngleich nur wenig, so doch nachweisbar. Die Diagnose wurde demgemäß auf eine Flüssigkeitsansammlung in den Bauchdecken — Exsudat oder Hämatom — gestellt. Der absolute Mangel von Druckempfindlichkeit, Entzündungserscheinungen der Hautdecken und Temperatursteigerung wiesen mit großer Wahrscheinlichkeit auf das letztere, ein Hämatom, hin. Die Operation (Dr. Stoeckel) bestätigte die Richtigkeit dieser Vermuthung. Durch einen ca. 8 cm langen, über die Tumorkuppe hinweg geführten Schnitt wurde die vordere Rectusscheide gespalten und hinter derselben ein abgesacktes, aus alten, schwarzrothen Blutcoagulis bestehendes Hämatom eröffnet. Nach Ausräumung der Gerinnsel blieb eine große Höhle zurück, an deren Wänden braunrothe, mit Cruorpartikelchen besetzte Granulationen sichtbar waren. An der medialen Wand der Hämatomhöhle sah man den etwas zerfetzten, blutig tingirten, braunrothen Rand des rechten Musculus rectus leistenförmig hineinragen. Nach Entfernung der Wandgranulationen und noch haftenden Blutcoagula mittels des scharfen Löffels wurde die ganze Höhle fest mit Amyloformgaze tamponirt und die Incisionswunde durch Silkworm-Knopfnähte bis auf

den unteren Wundwinkel, aus dem das Tamponende herausgeleitet wurde, geschlossen. Die Rekonvalescenz war reaktionslos. Der Tampon wurde täglich etwas gekürzt und am 7. Tage nach der Operation gänzlich entfernt, worauf sich der noch restirende, kleine Granulationstrichter rasch schloss, so dass nach einer weiteren Woche die Entlassung erfolgen konnte. Die Narbe in den Bauchdecken war strichförmig und fest.

2) Frau K. W. (1900/01 J.-No. 343). Nach 5 normalen Entbindungen erfolgte vor $1^3/_4$ Jahren ein spontan verlaufender Abort. 14 Tage vor der Aufnahme (19.XI.00) in die Klinik war Pat. zum 6. Male spontan entbunden worden. Ihrer Angabe nach fühlte sie 8 Tage vor Eintritt der Geburt, dass bei heftigem Husten »plötzlich in der rechten Unterleibsseite etwas gerissen sei«, und bemerkte unmittelbar darauf eine »kleine Geschwulst«, die sich bei jedem neuen Hustenstoße vergrößerte und bei jeder Bewegung des Körpers sehr stark schmerzte. Wann die Vergrößerung der Anschwellung aufhörte, vermag Pat. nicht anzugeben; während der Geburt wurde von der Hebamme die Diagnose auf »Zwillinge« gestellt. Die Geschwulst in der rechten Seite soll angeblich als Kopf des 2. Zwillings angesprochen worden sein. Die Geburt des ausgetragenen lebenden Kindes erfolgte spontan, die Placenta folgte sehr bald darauf ohne Kunsthilfe; der Blutverlust war gering. Die Hebamme erklärte, es müssten noch Theile einer abgestorbenen Frucht in der Gebärmutter sich befinden, die sie nach Einführung einer Hand angeblich auch entfernt hat. Pat. giebt aber mit Bestimmtheit an, dass sich die Hebamme jedes gewalttamen Drückens auf die Bauchdecken enthalten und ihr bei den innerlichen Manipulationen absolut keine Schmerzen bereitet habe. In dem fieberfreien und normalen Wochenbette blieb die Anschwellung in der rechten Unterleibsseite unverändert und soll erst in den letzten Tagen vor der klinischen Aufnahme etwas kleiner geworden sein.

Bei der Untersuchung fiel zunächst im rechten Hypochondrium eine etwa kindskopfgroße Anschwellung auf, die ca. querfingerbreit unterhalb des rechten Rippenbogens beginnend, rechts von der Mittellinie, ohne dieselbe zu überschreiten, sich ausbreitete und ungefähr bis in Nabelhöhe nach abwärts reichte. Sie bildete eine die Bauchdecken stark vorwölbende Kuppel, die sich von der Mitte nach allen Seiten hin gleichmäßig abflachte und durch einen kreisrunden, harten, wallartig verdickten Rand allseitig scharf gegen die Umgebung hin abgegrenzt war. Die Konsistenz des auf Druck etwas empfindlichen Tumors war eine gleichmäßige, prall elastische, mit deutlich nachweisbarer Fluktuation. Die dem Tumor scheinbar dicht aufliegende Hautdecke war frei über demselben verschieblich und zeigte keine abnorme Verfärbung. Der Tumor selbst war wohl zusammen mit den gesamten Bauchdecken hin und her zu bewegen, jedoch nicht isolirt beweglich und hatte seinen Sitz daher sicherlich in der Bauchwand selbst. Links unterhalb der Geschwulst, zwischen Nabel und Symphyse auf der Linea alba war die Haut in Folge blutiger Imbibition des subkutanen Zellgewebes diffus grünlichbräunlich verfärbt, und eben so fand sich an der Außenseite der rechten Hüfte als Rest einer ganz oberflächlich gelegenen Hämorrhagie ein größerer gelblichgrünlicher Fleck vor.

An der Streckseite der oberen und unteren Extremitäten, weniger an der Vorderseite des Thorax sah man, unregelmäßig verstreut, zahlreiche miliare hellrothe Petechien, von denen die meisten, ca. stecknadelkopfgroß, um Haarschäfte herumlagen. Die Mundhöhlenschleimhaut und das Zahnfleisch boten nichts Auffälliges dar. Der Genitalbefund war annähernd normal: der anteflektirt liegende Uterus war noch nicht völlig involvirt, die leicht und genau abtastbaren Adnexe waren weder vergrößert noch druckempfindlich, die Parametrien völlig frei. Temperatur 36,8°, Puls 66.

Die Diagnose wurde auf multiple Hauthämorrhagien und — in Erinnerung an den 1. Fall — auf ein großes abgesacktes subkutanes Hämatom im rechten Hypochondrium gestellt. Dieses letztere wurde durch eine lange, über die Kuppe des Tumors schräg hinwegziehende Incision (G.-Rath Fritsch) eröffnet, wobei sich etwa 2 Hände voll, theils flüssigen, theils geronnenen braunschwarzen Blutes entleerten. Auch

hier lag die Blutansammlung innerhalb der Sehnenscheide des rechten Rectus, dessen Muskelbündel theilweise zerfetst an der unteren und medialen Seite der ausgeräumten Hämatomhöhle zu sehen waren. Wie im ersten Falle wurden auch hier die Wandgranulationen mit dem scharfen Löffel entfernt und die Wunde nach Tamponade mit Jodoformgaze in gleicher Weise verschlossen. Der Verlauf war auch in diesem Falle durchaus normal. Die petechialen Blutflecken am Thorax und den Extremitäten waren bei der Entlassung (16. December 1900) völlig verschwunden, während Reste der Hauthämorrhagien oberhalb der Symphyse noch vorhanden waren.

Die Ähnlichkeit beider Fälle bezüglich der Entstehung der Hämatome, ihres Sitzes, ihrer Gestalt ist sehr in die Augen fallend. Naturgemäß beansprucht die Ätiologie das größte Interesse und veranlasste mich, nach Parallelfällen in der mir zugänglichen Litteratur zu suchen. Ich habe jedoch keine ähnlichen Beobachtungen auffinden können.

Allerdings sind von chirurgischer Seite Publikationen erfolgt, in denen bei intakten Bauchdecken eine Zerreißung der Bauchmuskeln mit nachfolgender Hämatombildung mitgetheilt wird. Diese Fälle können uns aber nicht zum Vergleiche dienen, weil ausnahmslos eine heftige äußere Gewalt (Stoß, Hieb etc.) direkt auf den Leib eingewirkt hatte. Von einem derartigen direkten, die Stelle des später entstandenen Hämatoms treffenden Trauma wissen unsere beiden Pat., trotzdem sie auf das Eingehendste danach befragt sind, nichts zu berichten. Es ist misslich, weitgehende Schlüsse allein aus anamnestischen Daten zu ziehen, indessen sind wir hier darauf angewiesen und haben auch keinen Grund, den spontan geäußerten Berichten der beiden Frauen zu misstrauen. Die Ähnlichkeit in der Schilderung des Krankheitsbeginnes in beiden Fällen spricht sogar direkt für die Richtigkeit der gemachten Angaben. In dem 2. Falle scheinen ja allerdings die Manipulationen der Hebamme auf den ersten Blick recht verdächtig. Offenbar aber bestand bei der Pat. durchaus nicht der Wunsch, die Hebamme irgend wie zu entlasten und irgend eine ihrer Handlungen zu verheimlichen. Desshalb ist ihr wohl zu glauben, wenn sie immer wieder auf das Bestimmteste versicherte, dass die Geschwulst bereits 8 Tage vor Eintritt der Geburt, also lange vor Hinzuziehung der Hebamme entstanden sei. Außerdem weisen die multiplenpetechialen Blutungen gerade in diesem Falle auf eine allgemeine hämorrhagische Diathese hin, der vielleicht auch die Hämatombildung zuzuschreiben ist. Stellt man sich auf den Standpunkt Strümpell's[1], der eine nur graduelle Verschiedenheit der in Betracht kommenden Affektionen: Purpura, Morbus maculosus Werlhofii und Skorbut annimmt und die Häufigkeit der Übergangsformen betont, so wird man sich leicht damit abfinden, dass es seine Schwierigkeiten hat, unseren Fall mit Bestimmtheit einer der 3 genannten Krankheiten zuzuweisen. Am meisten

[1] Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie etc. 7. Auflage. Leipzig, Vogel, 1892.

passt das Symptomenbild auf Morbus maculosus Werlhofii, der dann allerdings einen auffallend günstigen Verlauf genommen hätte. Ich bin indessen weit davon entfernt, diese Deutung als auch nur einigermaßen sicher anzunehmen, und beschränke mich darauf, lediglich auf die Möglichkeit eines derartigen Zusammenhanges hinzuweisen. Vielleicht bringen spätere Beobachtungen mehr Klarheit hierüber. Dass der Schwangerschaftsnephritis im 1. Falle eine Bedeutung für das Zustandekommen eines so großen Blutextravasates zukommt, scheint wenig wahrscheinlich. Dagegen ist es wohl fraglos, dass die Gravidität an sich in beiden Fällen die Gefäßrupturen begünstigt hat. Wir kennen Hämatome der Vulva und der Ligg. lata, die besonders während der Geburt durch verhältnismäßig geringe Traumen hervorgebracht werden. Wir wissen, dass nicht nur die uterinen und spermatikalen Gefäße eine enorme Entwicklung und Blutüberfüllung in Folge der Schwangerschaft aufweisen, sondern dass auch die benachbarten Gefäßsysteme stark dilatirt werden.

Die Rectusscheide ist ihrer anatomischen Struktur nach zur Weiterverbreitung von Blutergüssen nicht weniger als die eben genannten Prädilektionsstellen geeignet. So sagt Engel[2]: »Am Musculus rectus bemerkt man zuweilen Zerreißungen. Der lockere Zusammenhang zwischen dem Muskel und seiner Scheide begünstigt auch blutige Ergüsse in die Scheide des Muskels« — und an einer anderen Stelle: »Bei starker Ausdehnung des Unterleibes wird nicht nur die Breite des Muskels sehr vergrößert auf Kosten seiner Dicke, sondern die Muskelfasern entfärben sich auch und eine wahre Atrophie dieses Muskels scheint einzutreten.« Unsere Pat. waren beide Mehrgebärende, hatten also mehrmals eine »starke Ausdehnung des Unterleibes« zu erleiden gehabt. Wir können demnach vielleicht in der Atrophie und der gleichzeitig bestehenden Schwangerschaftshyperämie der Bauchdecken das disponirende Moment für die Ruptur der epigastrischen Gefäße, resp. ihrer Muskeläste erblicken. Die Annahme von »Dispositionen« ist wohl immer der Ausdruck dafür, dass eine stichhaltige, beweiskräftige Erklärung fehlt. Spielte diese Disposition zu Gefäßrupturen wirklich eine nennenswerthe Rolle, dann müsste sie sich bei Geburten in weit höherem Maße geltend machen als während der Schwangerschaft, und man müsste von Bauchdecken-Hämatomen intra partum schon gehört haben. Ich bin also nicht im Stande, die mitgetheilten Fälle genügend zu erklären, möchte aber noch auf die heftigen Hustenparoxysmen hinweisen, die bei beiden den unmittelbaren Anstoß zu der Gefäßzerreißung gegeben zu haben scheinen.

Im 1. Falle entsprach der Sitz des Hämatoms dem Gefäßgebiet der rechten Art. epigastrica inferior, im 2. Falle lag die Blutansammlung etwas höher und stammte daher wohl aus der rechten Art. epigastrica superior resp. dem Anastomosennetz zwischen Epigastrica superior und inferior.

---

[2] Compendium der topographischen Anatomie. Wien, Braunmüller, 1859.

Bei der Durchsicht der Litteratur fiel mir eine kasuistische Mittheilung Sänger's[3] auf über Exstirpation eines apfelsinengroßen Tumors zwischen Nabel und Symphyse bei einer 21jährigen Frau, die 10 Monate früher spontan geboren und dann 8 Wochen an Puerperalfieber krank gelegen hatte. Der Tumor entpuppte sich als Exsudat des präperitonealen Bindegewebes mit Ausstrahlungen in die Muskeln und Aponeurosen. Sänger glaubt, dass der Ausgangspunkt eine puerperale Parametritis gewesen ist. Der Tumor bestand lediglich aus Fibrin und Leukocyten. Die vorangegangene Puerperalerkrankung macht die Deutung Sänger's wahrscheinlich. Ich erwähne den Fall nur, weil ich glaube, dass auch die von mir mitgetheilten Fälle, sich selbst überlassen, auf dem Wege der Resorption und Rückbildung zu derartigen kugeligen, harten und schwieligen Massen zusammengeschrumpft wären und auch eine dem entsprechende histologische Struktur gezeigt hätten. Hämatoidin- resp. Hämosiderinkrystalle hätten allerdings wohl nach längerer Zeit die ursprüngliche Blutung als Entstehungsursache verrathen.

Der voraussichtlich langwierige Verlauf bei exspektativem Verhalten, die Aussicht auf event. zurückbleibende schwielige Narben wird eine Eröffnung solcher Hämatome stets rechtfertigen. Unsere beiden Fälle zeigen, dass nach der Incision und Ausräumung schnelle und vollständige Heilung eintritt. Der Eingriff ist unbedeutend und ungefährlich.

Hätte man bei noch vorhandener Blutung und stetigem Wachsen des Hämatoms, also gleichsam im akuten Stadium behandeln müssen, so wäre ein abwartendes Verhalten mit Ruhelage, Eisbehandlung, Belastung des Leibes zunächst vorzuziehen gewesen. Besonders mit Rücksicht auf die bestehende Schwangerschaft hätten wir erst bei Erfolglosigkeit dieser Palliativmittel einem weiteren Blutaustritt durch Incision des Hämatoms und womöglich sichere Versorgung des blutenden Gefäßes vorzubeugen gesucht.

Die Thatsache, dass ausgedehnte Blutergüsse in die Bauchdecken während der Gravidität ohne direktes Trauma vorkommen können, beansprucht auch in forensischer Hinsicht volle Beachtung. Der sachverständige Begutachter wird gegebenen Falls, vielleicht durch falsche Angaben irregeleitet, a priori geneigt sein, derartige Befunde auf das Einwirken einer brüsken äußeren Gewalt zu beziehen; er wird unter Umständen Arzt oder Hebamme anschuldigen, roh vorgegangen zu sein.

Es ist desshalb wichtig, die Möglichkeit der nicht violenten Entstehung derartiger Hämatome besonders zu betonen.

---

[3] Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig. Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 16.

II.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Geh.-Rath Prof. Küstner.)

Zur Kontrolle unserer Dampfsterilisirapparate.

Von
Dr. **Sticher**, Assistenzarzt.

Jedes Mal, wenn wir unser aseptisches System auf seine Vollkommenheit hin kritisch durchmustern, richten wir unsere Aufmerksamkeit in erster Linie auf die Vorbereitung unserer Hände. Ein undurchlässiger, durch Kochen keimfrei gemachter Überzug — jedoch nur dieser — bürgt uns für die Sterilität derselben.

Des weiteren beschäftigt uns die Herstellung unseres Nahtmateriales. Die Krönig'sche Methode der Cumolsterilisation, besonders bei Berücksichtigung der von mir angegebenen Modifikation (Centr. für Gyn. 1900, No. 1) liefert uns ein solches (Katgut, Hanf, Silkwormgut) in bakteriologisch durchaus einwandsfreier Weise.

Schließlich haben wir die Präparationsweise unserer Verbandstoffe und Tupfer einer Prüfung zu unterziehen. Merkwürdigerweise sind wir gerade in diesem Punkte gewohnt, uns unbedingt auf die Funktionstüchtigkeit unserer Sterilisirapparate zu verlassen, obwohl die durchaus nicht ganz unkomplicirte Hantirung mit denselben fast durchweg Laien anvertraut ist und sich unserer direkten Beaufsichtigung entzieht.

Es bedeutet entschieden eine Lücke in der erreichbaren Vollkommenheit unseres aseptischen Systems, wenn wir an diesem Punkte nicht mit einer geeigneten Kontrolle einsetzen.

Einen diesem Zwecke dienenden, einfachen Apparat habe ich im Centralblatte für Chirurgie (1899, No. 49) beschrieben.

Herr Geh.-Rath Küstner hat denselben sowohl in der Kgl. Frauenklinik als in seiner Privatklinik zu ausgedehntestem Gebrauche eingeführt. Es kommen überhaupt keine Verbandstoffe mehr zur Verwendung, über deren Sterilität wir nicht durch den »Kontrolleur« sicheren Ausweis erhalten. Eine große Anzahl von Kliniken sind inzwischen unserem Beispiele gefolgt.

Der »Kontrolleur« zeigt uns in jedem Einzelfalle an, ob im Kerne unseres Verbandstoffballens die zur Keimabtödtung erforderliche Temperatur erreicht wurde und die (nach dem bakteriologischen Experiment) erforderliche Zeit zur Einwirkung kam.

Zur Auslösung einer Reaktion durch die im Ofen erreichbare hohe Temperatur sind chemische Körper mit entsprechend gelegenem Schmelzpunkte verwandt. Die Apparate für Öfen mit strömendem Dampfe enthalten Phenanthren, welches beständig bei 98° schmilzt; diejenigen für gespannten Dampf Brenzkatechin, dessen konstanter

Schmelzpunkt 104° beträgt. Die chemische Substanz befindet sich im Kerne des kleinen, aus Glas gefertigten Apparates. Eine zweite, koncentrische Glashülle dient dazu, dass der Kern allseitig mit einer Luftschicht umgeben ist. Die Erwärmung dieses Luftmantels erfordert 15 Minuten Zeit, so dass im Kerne des Apparates die zur Auslösung der Reaktion erforderliche Temperatur erst 15 Minuten später erreicht wird als an der Peripherie.

Fällt also die Reaktion unseres entsprechend angewandten Apparates positiv aus (ist die am oberen Pole ankrystallisirte Substanz zum unteren Pole heruntergeschmolzen), so ersehen wir daraus, dass im Ofen mit strömendem Dampfe die Temperatur von 98°, im Ofen mit gespanntem Dampfe die Temperatur von 104°, und zwar 15 Minuten lang zur Einwirkung kam.

Was besagt das für die Frage der Keimabtödtung?

Nach den grundlegenden bakteriologischen Arbeiten (Koch, Gaffky, Löffler, Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt Bd. I. p. 322 ff.) sind im ersteren Falle sämmtliche pathogenen Keime, inklusive Milzbrandsporen, abgetödtet. Im letzteren Falle sind nach denselben Untersuchungen auch die resistentesten Sporen der Gartenerde vernichtet.

Somit wäre die Leistungsfähigkeit unseres Kontrollapparates erwiesen, wenn nicht noch ein Bedenken vorläge.

Bei unserer Sterilisation, sei es mit oder ohne Überdruck, wird als stillschweigende Voraussetzung angenommen, dass in beiden Fällen heißer Wasserdampf die keimfeindliche Wirkung ausübt.

Wird diese Voraussetzung unter allen Umständen zutreffen? Wenn nicht, welche für den Effekt der Sterilisation wichtigen Folgen können im entgegengesetzten Falle entstehen? Können wir uns dann vor dieser Eventualität ebenfalls durch eine leicht auszuübende Kontrolle schützen?

Auf diese, meine erste Mittheilung ergänzenden Fragen möchte ich im Folgenden kurz Aufschluss ertheilen.

In den mit strömendem Dampfe arbeitenden Öfen wird der entwickelte Wasserdampf die Luft aus dem Ofenraume so wie aus den eingebrachten Verbandstoffkörben nach und nach vollständig verdrängen, vorausgesetzt, dass die Abströmungsöffnung nicht zu klein angelegt ist und bei der Konstruktion der Körbe und der Packung derselben auf die Möglichkeit der Durchströmung Rücksicht genommen wird.

Diese Durchströmung ist, selbst unter erschwerten Verhältnissen, eine vollständige, wovon ich mich durch einen einfachen Versuch überzeugte. Ich brachte die von v. Mikulicz zur Kontrolle empfohlenen Jodstärkekleisterstreifen in das Innere von fest gewickelten Wattebäuschen so wie zwischen dichtgepackte Tupfer ein; die Verbandstoffe kamen sowohl in durchbrochene, d. h. aus Drahtnetz gefertigte Körbe als auch in Büchsen mit durchlochtem Rande (nach Beendigung der Sterilisation durch Aufdrücken des Deckels verschließ-

bar). Stets waren bei $1^1/_2$stündigem Sterilisiren alle Streifchen entfärbt; stets musste der heiße Wasserdampf überall hingedrungen sein.

Die keimfeindliche Wirkung wird hier also ausschließlich durch heißen Dampf ausgeübt werden.

Sind wir dessen bei den mit gespanntem Dampfe arbeitenden Öfen eben so sicher?

Der hier entwickelte Dampf kann die Luft nur dann aus dem Ofenraume und den Verbandstoffkörben vollständig verdrängen, wenn wir das Ventil des Ofens, das zur Erzielung eines Überdruckes geschlossen werden muss, zunächst die zur Luftverdrängung erforderliche Zeit lang offen halten.

Schließen wir dieses Ventil vorzeitig, so bleibt ein Quantum Luft in dem Kessel zurück. Erhitzen wir nun das im Kessel befindliche Wasser, so erhalten wir über demselben ein Gemisch von heißem Wasserdampf und heißer Luft. Die keimfeindliche Wirkung auf unsere Verbandstoffe wird also hier nicht ausschließlich durch heißen Wasserdampf ausgeübt.

Dies bedeutet in zweifacher Hinsicht eine höchst bedenkliche Fehlerquelle mit Rücksicht auf den Sterilisationseffekt, welchen wir in unserem Ofen erzielen wollen und in Wirklichkeit erzielen.

Erstens ist heißer Wasserdampf als keimfeindliches Agens bei Weitem wirksamer wie heiße Luft, besonders wenn es sich um die Abtödtung von Sporen handelt.

Flügge sagt darüber in seinem Grundrisse der Hygiene (Kapitel »Mikroorganismen«, p. 45) Folgendes:

»Ein erheblicher Unterschied besteht darin, ob die Erhitzung im trockenen Zustande und in relativ trockener Luft oder aber in Flüssigkeiten resp. in Wasserdampf erfolgt; bei trockenen Sporen ist das Eindringen durch die Sporenmembran erschwert, und die das Absterben begleitenden Änderungen des Protoplasmas kommen nicht so leicht zu Stande, als wenn dieselben einen gewissen Wassergehalt besitzen. Trockene Luft tödtet daher dieselben Sporen erst bei dreistündiger Einwirkung von 140—160°, welche in kochendem Wasser oder Wasserdampf innerhalb 5—10 Minuten zu Grunde gehen.«

Danach ist die Annahme gerechtfertigt, dass die im Kessel zurückgelassene Luft, deren Quantum schwanken wird, je nachdem wir mehr oder weniger vorzeitig das Ventil schließen, und bezüglich deren Vertheilung im Kesselraume wir vermuthen müssen, dass das Zustandekommen einer gleichmäßigen Vermischung von Luft und Wasserdampf geraume Zeit erfordern wird, die beabsichtigte Sterilisation des gesammten Kesselinhaltes wird vereiteln können.

Doch auch in die Wirksamkeit des Wasserdampfes selbst müssen wir, falls es sich um ein Wasserdampf-Luft-Gemisch handelt, berechtigte Zweifel setzen.

Wir pflegen im Allgemeinen nicht die im Inneren unserer Verbandstoffballen erzielten Temperaturgrade zu messen (obwohl wir über

dazu geeignete Thermometer verfügen; vgl. Schüller, Zur Kontrolle von Dampfsterilisirapparaten, Centr. f. Chir. 1900, No. 3).

Wir nehmen ohne Weiteres an, dass bei $^1/_2$ Atmosphäre Überdruck — und mit dieser arbeiten wir — die Temperatur im Kesselinnern 110° beträgt.

Diese Annahme, zu der uns die Angaben der Fabrikanten veranlassen, trifft jedoch auch nur zu unter der Voraussetzung, dass es ausschließlich Wasserdampf ist, welcher unter dem Überdrucke von $^1/_2$ Atmosphäre steht. Solcher Wasserdampf hat allerdings eine Temperatur von 110°.

Anders verhält es sich, wenn sich der Überdruck der halben Atmosphäre auf ein Wasserdampf-Luft-Gemisch vertheilt.

In diesem Falle ist die Temperatur des Wasserdampfes wesentlich geringer.

Nach den Landolt und Börnstein'schen physikalisch-chemischen Tabellen entspricht die Temperatur des Wasserdampfes bezw. Wasserdampf-Luft-Gemisches

wenn wir die gesammte Luft im Kessel zurücklassen	65°
» » » Hälfte der Luft » » »	96°
» » $^3/_4$ der Luft » » »	104°

Diese Angaben gelten für Kessel mit vollkommener Dichtung. Versuchen wir, dieselben bei unseren Kesseln durch Maximalthermometer zu kontrolliren, wie ich es that, so ermitteln wir allerdings etwas höhere Temperaturen. Wir müssen dabei berücksichtigen, dass die Dichtung unserer mit Überdruck arbeitenden Kessel nie so vollständig ist, dass nicht nachträglich während der Dampfentwicklung noch ein Theil der Luft trotz Verschluss des Hauptventils verdrängt wird. Jedenfalls muss uns aber die Berücksichtigung der physikalischen Verhältnisse dazu führen, jede Sterilisation in einem Wasserdampf-Luft-Gemisch desshalb für durchaus suspekt anzusehen, weil der Wasserdampf die für ihn berechnete Temperatur nicht erreicht.

Hieraus erkläre ich auch die gelegentlich mir gemachten Angaben, dass »mein Apparat nicht immer funktionire«.

Schließt man das Ventil des mit gespanntem Dampfe arbeitenden Kessels vorzeitig, so kann man allerdings beobachten, dass selbst der auf 98° eingestellte (für strömenden Dampf bestimmte) Apparat nicht reagirt. Das ist nach der oben angegebenen Tabelle durchaus verständlich.

Die Bedenken, welche wir danach gegen die Sterilisation durch ein Wasserdampf-Luft-Gemisch hegen müssen, führen uns dazu, den Anforderungen an unseren Kontrollapparat eine neue hinzuzufügen.

Wir müssen nicht nur erkennen, dass eine bestimmte Temperatur erreicht wurde und dass diese Temperatur eine bestimmte Zeit lang einwirkte, sondern auch, dass ausschließlich mit Wasserdampf sterilisirt wurde[1].

---

[1] Dieser Anforderung genügen auch die von v. Mikulicz angegebenen Jodstärkekleisterstreifen; doch geben sie keinen genauen Aufschluss über die Dauer der Einwirkung der erzielten Temperatur.

Erfüllt der von mir angegebene Apparat in seiner bisherigen Form auch diese Anforderung?

Nach den oben angeführten Werthen der Landolt und Börnstein'schen Tabelle ist es bei einer Temperatur von 104° — d. h. bei derjenigen, wo das Brenzkatechin schmilzt, die Reaktion des Kontrollmechanismus ausgelöst wird — noch immer möglich, dass $^1/_4$ der ursprünglich im Kessel vorhandenen Luft zurückgelassen wurde. Mag immerhin von dieser Luft nach Schluss des Ventils durch die nicht absolut gedichteten Fugen des Kessels wiederum noch ein Theil entweichen, — ein positiver Ausfall unserer Reaktion beweist uns jedenfalls noch nicht, dass während der gesammten Dauer der Sterilisation ausschließlich Wasserdampf in Anwendung kam.

Nun ist es jedoch ein Leichtes, den Apparat derart zu modificiren, dass er uns auch darüber Gewissheit verschafft.

Wir wissen, dass die Temperatur des mit Luft nicht gemischten, reinen Wasserdampfes bei $^1/_2$ Atmosphäre Überdruck 110° beträgt. Danach ist auch der Schluss gerechtfertigt: haben wir bei der Sterilisation in unserem Dampfkessel $^1/_2$ Atmosphäre Überdruck nicht überschritten und 110° erreicht, so kann dies nur in einer reinen Wasserdampfatmosphäre geschehen sein.

Dem entsprechend verfahren wir in unserer Klinik jetzt folgendermaßen:

Wir versehen einerseits unser Manometer mit einem Maximumzeiger, an welchem wir nach der Sterilisation bezw. vor der Operation ablesen können, ob mit einem höheren Überdrucke als $^1/_2$ Atmosphäre gearbeitet worden ist. Andererseits bringen wir statt des bei 104° schmelzenden Brenzkatechins das konstant bei 110° schmelzende Resorcin in unseren Apparat ein[2].

Ist der Maximumzeiger nicht über die Marke 0,5 hinaus vorgeschoben und das Resorcin herabgeschmolzen, so haben wir die absolute Gewissheit, dass ungemischter Wasserdampf von 110° 15 Minuten lang selbst auf den Kern unserer Verbandstoffballen eingewirkt hat.

Diesen positiven Ausfall unseres verbesserten Kontrollmechanismus können wir — wie in Küstner's Klinik erprobt — in der That bei zweckmäßiger Handhabung des Ofens erreichen.

Wir warten bei unserem großen Lautenschläger'schen Sterilisator, vom Moment des ersten Abströmens von Dampf an gerechnet, noch $^3/_4$ Stunden bis zum Schlusse des Ventils.

Damit können wir das Problem der exakten Kontrolle unserer Sterilisiröfen als endgültig gelöst betrachten.

---

[2] Die Resorcin-Apparate werden, wie die früher von mir beschriebenen, hergestellt von der Firma F. und M. Lautenschläger in Berlin.

Neue Bücher.

1) **P. Zweifel** (Leipzig). Ätiologie, Prophylaxis und Therapie der Rachitis.

Leipzig, S. Hirzel, 1900.

Das umfangreiche Werk ist das Produkt von jahrelang fortgesetzten, mit bewunderungswürdiger Energie durchgeführten Untersuchungen. Z., der bedeutende Gynäkologe, ist auch ein hervorragender Chemiker aus der Schule Hoppe-Seyler's. Er war nicht auf die Hilfe Anderer bei seinen schwierigen, gediegenste Sachkenntnis erfordernden analytischen Untersuchungen angewiesen und konnte ein Werk schreiben, das in erschöpfender Weise die bisherigen Anschauungen über Rachitis und ihre Behandlung kritisch beleuchtet, eine Fülle neuer Thatsachen enthält und Anregungen zu weiteren Forschungen giebt. Eine auch nur skizzenhafte Wiedergabe des gesammten Inhaltes ist an dieser Stelle nicht möglich. Nur die markantesten Punkte seien herausgehoben. Nach einer Einleitung über pathologische Anatomie und Chemie rachitischer Knochen wird die Frage behandelt, ob die Rachitis durch mangelhafte Kalkzufuhr bei wachsenden Thieren künstlich zu erzeugen ist. Sie ist verschieden beantwortet worden und wird von Z. bejaht. Eben so kann eine künstlich erzeugte Rachitis durch Verabreichung von Kalksalzen wieder geheilt werden. Ob die Rachitis bei Brustkindern durch ungenügende Kalkzufuhr in der Milch entsteht, bedarf noch einer eingehenden Prüfung. Von der Idee ausgehend, dass ein Mangel an Chloriden in der Nahrung die Schuld für die Rachitis haben könnte, untersuchte Z. das Hauptnahrungsmittel, das Brot, auf seinen Salzgehalt. Er ließ sich Brotproben aus allen Theilen Deutschlands, aus fast allen Ländern Europas kommen und fand, dass das Schwarzbrot im Königreich und in der Provinz Sachsen so wie in Thüringen von den Bauern so wohl wie von Bäckern gar nicht, in Norddeutschland sehr sparsam gesalzen wird, während ungesalzenes Weißbrot nie vorkam. Ausführliche Tabellen geben über alle Einzeluntersuchungen genauen Aufschluss. Um festzustellen, ob bei ausschließlicher Ernährung mit ungesalzenem Brote die Milch der Mütter kochsalzärmer wird, ob das Verhältnis der Kali- und Natronsalze in der Milch dadurch gestört werden wird, wurde der Chlorgehalt der Frauenmilch bei kochsalzarmer Nahrung geprüft. Die Versuche ergaben beträchtliche Schwankungen des Chlorgehaltes, aber auch ein zähes Festhalten an einem Minimum desselben, ca. $^1/_3$ des Normalen, unter welches derselbe auf keine Weise heruntergedrückt werden konnte. Da künstlich ernährte Kinder erfahrungsgemäß besonders leicht rachitisch werden, wurden die mehligen Ersatzmittel (Nestle, Kufeke) auf ihren Gehalt an Kalksalzen geprüft. Derselbe lag erheblich unter dem

in der Milch vorhandenen Mittel. Eine ausschließliche Ernährung mit diesen Mitteln während der ersten 3—4 Monate begünstigt die Entstehung der Rachitis entschieden. Durch künstliche Verdauungsversuche erbrachte Z. fernerhin den Beweis, dass bei der Labwirkung im Magen eine Bindung der löslichen Kalksalze mit dem Milchgerinnsel stattfindet, dass also die Kalksalze aus einer löslichen in eine unlösliche Verbindung übergeführt werden, dass endlich nach 15 Minuten langem Kochen der Milch ca. 85% der gesammten unlöslichen Asche im Labgerinnsel bleibt. Zur Nutzbarmachung der so gebundenen Salze muss also eine Lösung der Gerinnsel durch die Magensalzsäure und Pepsin erfolgen. Dass auch Peptone das tertiäre Calciumphosphat lösen können (Baginsky), ist unbewiesen. Für die Ausnutzung der mit der Nahrung aufgenommenen Kalksalze geben die Kalkseifen in den Fäces keinen richtigen Maßstab. Der Kalkgehalt des Meconiums beweist die regelmäßige Ausscheidung der Kalksalze aus dem Blute. Labferment ist auch im Magen des todtgeborenen Kindes in dem die Schleimhaut überziehenden Schleime vorhanden, die Labgerinnung leitet beim Neugeborenen die Verdauung ein, noch ehe Säure vorhanden ist. Bei der Ernährung durch gekochte Kuhmilch wird, trotzdem 4mal so viel Kalksalze darin enthalten sein können, als in der Frauenmilch, durch Bindung der löslichen Kalksalze und mechanisches Zurückgehaltenwerden in Labgerinnseln Kalkhunger entstehen können. Unmittelbar post partum fehlt die Magensalzsäure, bei Lues congenita bleibt ihre Produktion gering. Bei diesen Kindern werden die gebundenen Kalksalze nicht ausgenützt werden, während Kinder mit kräftiger, regelmäßiger Säurebildung auch bei Kuhmilchnahrung der Rachitis entgehen. Indessen wird immer wieder auf das Nachdrücklichste von Z. betont und durch Versuche bewiesen, dass das Kochen die Milch an sich nicht schwerer verdaulich macht; im Gegentheil ist die Eiweißverdauung der gekochten Milch um 7—13% günstiger als bei der ungekochten. Verdünnung mit Wasser beugt einer Überfütterung durch zu viel Eiweiß vor, steigert aber die Verdauungsfähigkeit des Milcheiweißes durchaus nicht. Ein bewährtes, die Verdauung förderndes Zusatzmittel ist 6½%ige Michzuckerlösung, zu gleichen Theilen mit der Milch vermischt, eben so eine 0,21%ige Kochsalzlösung (3 g, ca. 1 Fingerhut voll, auf 1 Liter). Letztere sollte jeder Milch zugesetzt werden. Von den Ersatzmitteln der Kuhmilch (Biedert'sches Rahmgemenge, Gärtner'sche Fettmilch, Backhaus'sche Kindermilch) kommt die letztgenannte, die durch vorherige Labeinwirkung von dem schwerverdaulichen Kasëin befreit ist, der Frauenmilch am nächsten und ist in der praxis anurea zu empfehlen. Schlechter Situirte sind unbedingt auf den Soxhletapparat angewiesen. Wenn auch für diesen die Kosten nicht aufzubringen sind, so kann die mit den Zusätzen versehene 15 Minuten lang gekochte Milch in kleine billige Steinkrüge abgefüllt werden, die, wenn die Milch innerhalb 24 Stunden aufgebraucht wird, mit gewöhnlichen Korken abgeschlossen

werden können. Prophylaktisch wird besonders die Herstellung genügend gesalzenen Schwarzbrotes zu demselben Preise wie das ungesalzene verlangt. Für die Heilung florider Rachitis ist es nöthig, mehr lösliche Kalksalze in den Kreislauf zu bringen. Salzsäurezusatz in starker Verdünnung zur Milch ist rationell. Die Wirkung des Phosphorleberthrans erscheint sehr problematisch, da Z. nachweist, dass in der Mehrzahl der Präparate überhaupt kein Phosphor mehr vorhanden ist. Wesentliche Faktoren dagegen sind frische Luft und Sonnenschein. Zum Schlusse wird kurz die Osteomalakie gestreift. Die Auffassung derselben als Trophoneurose ist weder bewiesen noch glaublich. Recidive nach Kastration kommen vor. Z. hat die Vermuthung, dass bei der Osteomalakie die gleichen Ursachen wie bei der Rachitis vorliegen können. Ref. ist sich bewusst, in dieser kurzen Übersicht nur die Hauptpunkte der Arbeit erwähnt und auch diese vielleicht nicht in gebührender Weise hervorgehoben zu haben. Ein Gesammteindruck von der Bedeutung des Buches, von der Größe der in ihn enthaltenen Arbeit kann doch nur aus einer eingehenden Lektüre des Originals gewonnen werden. Die zusammenhangslos wiedergegebenen Leitsätze können das Charakteristische und Fesselnde, den logischen Aufbau, die zwanglose Gedankenfolge und die überzeugende Art der Beweisführung nicht wiedergeben. Das Buch wird sicher schon einen weiten Leserkreis und die verdiente Würdigung der Fachgenossen gefunden haben. **Stoeckel** (Bonn).

---

2) **L. Casper** und **P. F. Richter** (Berlin). Funktionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie.

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1901.

Die Bedeutung C.'s auf urologischem Gebiete ist bekannt. Mit dem vorliegenden, unter R.'s Beihilfe abgefassten Werke hat er sie aufs Neue bewiesen. Das Buch liest sich ausgezeichnet. Alles, was darin gesagt ist, ist ungemein klar und dabei formvollendet zum Ausdrucke gebracht. Überall tritt wirkungsvoll die Tendenz hervor, nur praktisch Wichtiges in präciser Knappheit zu bringen, und in scharfer, aber doch maßvoller Kritik das positiv in der funktionellen Nierendiagnostik bisher Erreichte herauszuheben. Für die streng wissenschaftliche Objektivität in der Darstellung spricht u. A. besonders die Beurtheilung des Ureterenkatheterismus. C. hat ja gerade die Technik dieses Verfahrens sehr wesentlich gefördert und ist als ein eifriger Verfechter dieser ausgezeichneten Untersuchungsmethode bekannt. Trotzdem ist er kein einseitiger Fanatiker, sondern hebt die Mängel gerade hier fast noch schärfer hervor als die Vorzüge.

Nach einer anregenden Einleitung über funktionelle Diagnostik im Allgemeinen und funktionelle Nierendiagnostik im Besonderen

wird die Bedeutung der letzteren für die Chirurgie dargelegt unter Hinweis auf die zahlreichen Fälle von einseitigem kongenitalen Nierendefekt, die selteneren von solitärer Hufeisenniere, die vereinzelten von totaler Degeneration einer Niere (3 Fälle aus der Litteratur) und schließlich im Hinblicke auf die Fälle, in denen eine zweite, normal große, aber doch derartig funktionsuntüchtige Niere vorhanden ist, dass nach Exstirpation der ersten der Tod eintritt. Von den üblichen Untersuchungsmethoden zur Sicherung der Diagnose leisten Inspektion, Perkussion, Palpation und Röntgographie nur Unvollkommenes, die Cystoskopie sehr viel mehr und die Ureterkatheterisation am meisten, ohne aber den gewünschten sicheren Aufschluss in allen Fällen eindeutig erbringen zu können. Die operative Freilegung und Eröffnung der Niere Behufs Diagnosenstellung ist ein Eingriff, dessen Schwere durchaus nicht im Einklange steht mit dem Resultate. Der Schnitt kann die erkrankten Partien nicht treffen, ein Irrthum ist dann die sichere Folge. Von den Methoden, die eine Insufficienz der Nierenarbeit zu bestimmen suchen, ist die Berechnung der Stickstoffretention ganz werthlos, wenn ohne Kontrolle der N-Einfuhr nur die N-Ausscheidung durch die Nieren bestimmt wird. Aber auch genaue Stoffwechselversuche geben kein sicheres Resultat. Die Ausscheidung der Chloride bildet einen ganz inkonstanten Faktor. Auch die Kryoskopie, die Bestimmung der molekulären Koncentration des Harns durch Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung, lässt allein nicht erkennen, ob die sekretorische Nierenfunktion genügend ist, trotzdem das von Koranyi in die Praxis eingeführte Verfahren für außerordentlich werthvoll gehalten werden muss. Die namentlich von französischen Forschern sehr befürwortete Methylenblau-Verabreichung ist durchaus nicht ohne Opposition geblieben. Für das Studium der Eliminationsfähigkeit der Nieren muss die Verabreichung einer indifferenten Substanz verlangt werden, die gleichsam ein Paradigma für eine Reihe anderer, von außen zugeführter oder im Körper entstandener Produkte bildet, was für das Methylenblau nicht zutrifft. Eben so wenig kann die Toxicität des Urins als Maßstab für die Nierenfunktion angenommen werden. Dagegen können wir die Arbeitsleistung jeder einzelnen Niere durch Kombination des Ureterenkatheterismus mit analytisch-chemischen Methoden in einem für das praktische Bedürfnis völlig genügenden Maße beurtheilen. Es müssen entweder beide Ureteren mit Kathetern beschickt werden oder der Katheter wird nur in einen Ureter bis zu einer genügenden Höhe vorgeschoben. Im letzteren Falle repräsentirt der Blasenurin den Urin aus dem nicht katheterisirten Harnleiter. Das in ca. 20 Minuten abgesonderte Urinquantum genügt für die weiteren Untersuchungen der getrennt aufgefangenen Nierensekrete vollkommen. Diese Untersuchungen bestehen in einer quantitativen Bestimmung der Stickstoffausscheidung, in der Bestimmung der molekularen Harnkoncentration durch Messung der Gefrierpunktserniedrigung und ganz

besonders in der quantitativen Bestimmung der Zuckermenge nach Phloridzininjektion bei jeder Niere.

Eine kranke und geschädigte Niere lässt eine Gefrierpunktserniedrigung erkennen, die stets unter 1° liegt, bei ausreichender Nierenthätigkeit beträgt die Gefrierpunktserniedrigung zwischen 1 und 2°. Nierenerkrankungen bedingen eine wesentliche Verminderung der Zuckerausscheidung nach Phloridzin, und zwar besteht ein Parallelismus zwischen dem Grade der Erkrankung und der Verminderung und der Dauer der Zuckerausscheidung. Bei den schwersten Veränderungen wird überhaupt kein Zucker mehr ausgeschieden. Es ist wichtig, dass der Harn beider Nieren gleichzeitig aufgefangen und untersucht wird. Die Resultate der Gefrierpunkts- und der Phloridzinmethode zeigen stets eine ganz auffallende Übereinstimmung. Die theils kurz, theils ausführlicher mitgetheilten 90 Krankengeschichten illustriren am besten, eine wie sichere Basis für die Beurtheilung der Funktion jeder einzelnen Niere durch die gefundenen Werthe resp. durch die für beide Nieren sich ergebende Differenz geschaffen ist. Besonders prägnant kommt das bei den Fällen einseitiger Nierenerkrankung zum Ausdrucke. Der ungeheuere Werth für die Praxis erhellt noch mehr aus den Fällen, wo nachweislich beide Nieren afficirt waren. Wenn trotz bestehender beiderseitiger Erkrankung aus dem Untersuchungsergebnis mit absoluter Sicherheit die noch bestehende Funktionskraft einer Niere bestimmt und somit die andere, schwer erkrankte unbedenklich entfernt werden kann, so ist das ein für die Nierenchirurgie ganz unschätzbarer Gewinn.

Das Buch C.'s und R.'s bedarf keiner besonderen Empfehlung, denn ich glaube nicht, dass wir ein zweites Werk besitzen, das uns einen so klaren Überblick über den gegenwärtigen Stand der funktionellen Nierendiagnostik giebt. **Stoeckel** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 25. Januar 1901.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstrationen.

1) Herr Gerstenberg demonstrirt eine 61jährige Pat., welche wegen Ascites und Tumor des rechten Hypochondriums vor 11 Monaten laparotomirt ist. Es bestand damals kolossaler Ascites mit einem ballotirenden Tumor von Kindskopfgröße, Ödem der Füße und Unterschenkel, eiweißfreier, spärlicher Urin, Debilitas cordis (120), äußerste Macies, Cyanose und Athemnoth. Es fand sich Induration und Stauung sämmtlicher großer Unterleibsdrüsen, der Tumor war der abgeschnürte indurirte rechte Leberlappen. Tiefer Collaps bei theilweisem Ablassen des Ascites, breite Fixation des Schnürlappens an die Bauchwand, Bauchnaht mit 4 Silkwormfäden. Am 3. und folgenden Tage 5malige subkutane Strychningaben (à 0,003), dadurch Beseitigung des lebensbedrohenden Meteorismus und der Darmlähmung. 9. Tag: Entfernung der Silkwormnähte wegen tiefen Einschneidens, theilweises

Platzen der Bauchwunde, oberflächliche Hautseidennähte. 15. Tag: Erstes Aufstehen, nach $1^1/_2$ Monaten ohne Verband und Ascites aus der Behandlung entlassen.

Nach $6^1/_2$ Monaten Punktion: 5 Liter. Trockendiät, zeitweise Digitalis. Nach 10 Monaten geht Pat. ihrem Berufe wieder nach, Ascites nur noch in Flanken nachweisbar: tadellose straffe Bauchnarbe, Ödem geschwunden, Anastomosenbildung in Lebergegend nicht nachweisbar, Debilitas cordis besteht noch.

Herr Mackenrodt berichtet über einen ganz gleichen Fall. Die Diagnose war auf Gallenblasentumor gestellt. Bei der kleinen Probeincision ergab sich, dass es sich um einen indurirten Leberlappen mit geringem Ascites handelte. Die Beschwerden sind dauernd verschwunden. Im Übrigen genügt in solchen Fällen, wenn die Diagnose sicher gestellt ist, Bettruhe und palliative Behandlung mit Karlsbader.

2) Herr Henkel demonstrirt:

a. Die mikroskopischen Präparate eines Falles von Atresia vaginalis, der klinisch als Atresia hymenalis angesprochen werden musste. In der ca. 1 cm dicken Verschlussplatte wurden zahlreiche quergetroffene Bündel glatter Muskelfasern angetroffen, die, durch derbe fibröse Bindegewebssepta von einander getrennt, centralwärts in den Schnitten lagen. Nach innen war die Membran mit mehrschichtigem Übergangsepithel, nach außen mit mehrschichtigem Plattenepithel bekleidet. Zwischen Epithel- und Muskelschicht mehr oder weniger derbes Bindegewebe und Herde frischer Entzündung. In den mit Unna'schem polychromen Methylenblau gefärbten Schnitten reichlich Mastzellen. Weiter fanden sich in den Präparaten massenhaft und unregelmäßig zerstreut elastische Fasern (Weigert's Färbung). Alle diese Befunde legen G. die Annahme nahe, dass es sich in dem vorliegenden Falle nicht um angeborene, sondern um »entzündliche« Atresie der Scheide handelt, trotzdem klinisch kein objektiver oder anamnestischer Anhalt hierfür vorlag.

Das Vorhandensein der glatten Muskelfasern erklärt H. so, dass nach Verschluss des Scheidenlumens eine Vorstülpung dieses Theiles durch das nachfolgende Menstrualblut erfolgt ist. Dabei ist es zur Abhebung der Muskelplatte der Scheide gekommen. Für diese Annahme spricht neben Anderem die Verlaufsrichtung der glatten Muskelfasern in den mikroskopischen Präparaten.

b. Ein in toto ausgestoßenes, 8 Monate altes Placenta praevia-Ei.

35jährige Vpara, die während der Schwangerschaft einige Male unbedeutende Blutungen gehabt hatte. Während der Geburt, 12 Stunden, gute Wehen, mäßiger Blutabgang. Sistiren der Wehen, starke Blutung. In ihrer Angst machte die Hebamme heiße Scheidenausspülung, wodurch so kräftige Wehen hervorgerufen wurden, dass sehr bald die Spontanausstoßung des ganzen Eies erfolgte. Die Geburt erfolgte in Schädellage der Frucht. Der an dem Präparate noch deutlich zu erkennende Präviatheil der Placenta überdachte den vollkommen erweiterten Muttermund etwa zur Hälfte. Die Placenta war sehr groß, inserirte an einer Seitenwand des Uterus. Nach der Geburt des Eies stand die Blutung, Uterus gut kontrahirt. Wochenbett normal.

3) Herr Opitz demonstrirt ein neues geburtshilfliches Besteck (Abbild. p. 258).

Dasselbe besteht aus einer Ledertasche, in deren beiden Hälften je ein Nickelinkasten untergebracht ist. Der eine dient zur Aufnahme der Flaschen, Bürsten, des Irrigators etc., der andere zum Auskochen der Instrumente und zu deren Aufnahme beim Transporte. Der Kochkasten ist mit Deckel, Drahtnetz und Einsteckfüßen versehen. Auf Wunsch wird zu demselben ein Aufsatz zur Sterilisirung von Gaze, Tüchern etc. im strömenden Dampfe geliefert.

Die beiden Hälften der Tasche sind durch eine bewegliche Klappe getrennt, die auf der einen Seite Chloroformbesteck, Kolpeurynter, Infusionskanüle, Thermometer etc. trägt, an der anderen Seite eine flache Tasche für Operationsschürze und Beckenzirkel.

Das medicinische Waarenhaus in Berlin hat die Herstellung übernommen, der Preis mit voller Ausrüstung, auch für Laparotomie ausreichend, beträgt 280 *M*.

b. Ein neues Zangenmodell, das sich vor der Nägele'schen Zange durch schmalere Löffel, bessere, nach Kopfmodellen konstruirte Kopfkrümmung und Fehlen der Zughaken auszeichnet.



Opitz, Geburtshilfliches Besteck.

c. Um das Herausgleiten des Kolpeurynters mit der zur Einführung benutzten gebogenen Kornzange zu vermeiden, ist die Riffelung an dem Korne beseitigt worden.

Die beiden Instrumente sind gleichfalls im medicinischen Waarenhause zu erhalten.

Herr P. Strassmann erblickt in dem Lederkoffer eine Vereinfachung.

Die Metallkästen werden bei regem Betriebe doch nicht genügend gereinigt. Außerdem ist die Sterilisation der Instrumente doch stets noch erforderlich. — Den Kasten zum Kochen hält S. für entbehrlich. Man kann die in ein Handtuch eingebundenen Instrumente überall kochen. Der Kasten erfordert nur wieder eigene Pflege. Auch der Spiritusbrenner kann fortgelassen werden.

Die Querhaken an der Zange erleichtern den Zug, bei einigermaßen schwierigen Operationen sind sie von großer Annehmlichkeit.

Herr Czempin hält die von Herrn Opitz angegebene Zange wegen der Schmalheit des zwischen Löffeln und Schloss liegenden Theiles für praktisch, vermisst aber die Quergriffe, die ihm unentbehrlich für leichte Handhabung des angelegten Instrumentes erscheinen.

Herr Czempin rühmt die von Herrn Opitz angegebene Tasche. Seine eigene seit Jahren in Gebrauch befindliche ist der des Herrn Opitz ähnlich. Der Nickelkasten ermöglicht nicht nur schnelles Auskochen der Instrumente, sondern dient auch bei der Operation als Instrumentenschale. Das größte geburtshilfliche Instrument, den Kranioklast, hat C. zweckmäßig verkleinert, indem er die Griffe abnehmbar und zum Einschrauben eingerichtet hat. Einen Spirituskocher führt C. nicht mit sich, da man auf der Platte jedes Küchenherdes kochen kann.

Herr Opitz erwidert, dass weder die Tasche noch die Zange dazu bestimmt sein sollen, nun alle bisher üblichen Modelle zu verdrängen, sondern dass sie nur eine Lösung der Probleme darstellen, welche vielleicht auch Anderen zusagen wird.

Das Mitführen eines Instrumentenkastens hält Vortr. für sehr wünschenswerth, da passende Behältnisse in den Wohnungen meist fehlen. Die Brenner sind zwar nicht sehr wichtig, gelegentlich aber vielleicht einmal ganz angenehm und bewirken nur eine verschwindende Zunahme des Gewichtes und der Kosten.

Die Zughaken an den Zangen hat Vortr. auch bei seinen vielen hohen Zangen nicht vermisst.

II. Diskussion zu dem Vortrage des Herrn Gebhard: Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.

Herr Gebhard bemerkt vor Eintritt in die Diskussion, dass Günther in Dessau im Jahre 1896 bei Gelegenheit einer vaginalen Ovariotomie den Uterus in ähnlicher Weise ventrofixirt, und dass Kiefer an der Leiche die vaginale Ventrofixation ebenfalls schon versucht hat.

Herr Simons berichtet, um die ganz besondere Indikation der neuen Methode darzuthun, zunächst kurz über einen Fall von Prolaps, der nach der schweren Entbindung einer 27jährigen Primipara sich entwickelt hatte. Die wegen der Größe des Uterus und der bedeutenden Erschlaffung der hinteren Scheidenwand nothwendige und vorgeschlagene Ventrifixur war abgelehnt worden. Leider erst an dem Abende des Operationstages lernte S. durch den Vortrag Gebhard's die neue Operation kennen, die er seither nun bereits mit bestem einstweiligen Erfolge in einem anderen Falle ausführen konnte:

Eine 37jährige Arbeiterin wollte von einem seit 15 Jahren bestehenden Totalvorfalle, mit hochgradigster Cystocele, langer Ausziehung der Cervix, Verdickung der Portio, zweitgradigem Scheiden-Dammrisse komplicirt, befreit werden. T-förmiger Schnitt. Ablösung der Scheide von der Blase, Ablösung dieser vom Uterus, Eröffnung der sehr flachen Plica vesico-uterina, Markirung der Anheftestellen auf den Bauchdecken, Lösung leichter perimetritischer Adhäsionen, Abtastung der Adnexe Behufs Feststellung ihrer normalen Beschaffenheit, Vorstülpen des Fundus uteri. Quere Durchführung eines dicken Seidenfadens, dessen je eines Ende jederseits von der Linea alba nach Zurückstülpen des Uterus durch die Bauchdecken durchgeführt wird. Alles unter sicherer Leitung des rechten Zeigefingers, der den oberen Rand der Blase deutlich abtastet. Der Steiß wird dabei etwas erhöht und auf diese Weise von den Därmen überhaupt nichts gefühlt.

Diese Art des Vorgehens ist einfacher (schnellere Ausführbarkeit, schmälerer Stichkanal durch die Bauchdecken, da jederseits nur ein Faden durchgezogen, ergo die Gefahr der Sekundärinfektion geringer ist), vielleicht aber auch sicherer in den Dauererfolgen, indem der Uterus mehr median und breiter angeheftet wird. Ist er sehr groß, so kann ohne Weiteres ein 2., schmäler durchgreifender Faden unterhalb des ersten angelegt und können jederseits die beiden Fäden zusammen durch die Bauchdecken geführt werden.

Ob bei der von den Einstichöffnungen abgesehen vollständigen Intaktheit des wandständigen Peritoneums die Uterus-Bauchdeckenadhäsionen genügend stark sein werden, ist einstweilen noch fraglich. In Bezug auf diesen Punkt muss man auf Verfahren zurückgreifen, bei denen die physikalischen Verhältnisse ähnlich liegen. Z. B. wäre es sehr dankenswerth, wenn Herr Czempin die Dauerresultate seiner vor Jahren empfohlenen »transperitonealen« Methode feststellen ließe, bei der ja auch das Peritoneum nicht durchschnitten wird.

Die Technik des neuen Verfahrens scheint einfach und sicher zu sein. Wir müssen Herrn Gebhard sehr dankbar sein für diese wichtige Bereicherung unseres therapeutischen Könnens.

Herr Koblanck berichtet über einen nach der neuen Methode operirten Fall. Die Ausführung der Operation war bequem, doch war die Unterscheidung zwischen dem faltigen Peritoneum parietale, den schlaffen Blasenwandungen und den Därmen dabei schwierig.

Herr Mackenrodt: Für die Suspension des Uterus an den Bauchdecken ist die Olshausen'sche Ventrofixation der Ligg. rotunda das richtige Verfahren; sie ist allen anderen Methoden überlegen, auch der Leopold'schen. Da die Retroflexion aber ein so vielgestaltiges, ätiologisch nicht einheitliches Leiden ist, so kann man unter besonderen Verhältnissen wohl auch die Gebhard'sche Operation einmal mit Vortheil verwenden. Hoffentlich weiß Herr Gebhard uns später Gutes über seine Erfolge zu berichten.

Herr Czempin: Ich gebe su, dass es in gewissen Fällen verlockend ist, eine Retroflexio uteri von der Scheide aus zu operiren, besonders wenn gleichzeitig andere Eingriffe, Prolapsoperationen etc. stattfinden. Aber der vaginale Weg wird und muss stets eine Ausnahme bilden. Der vaginale Weg ist stets ein Ausnahmeweg, da er in Bezug auf Klarheit, Sicherheit, Vermeidung von Nebenverletzungen hinter dem ventralen Wege surücksteht. Aus diesem Grunde habe ich auch die seiner Zeit (Centralblatt 1895 p. 483ff.) von mir angegebene transperitoneale Operation — Ventrofixation ohne Eröffnung des Peritoneums — aufgegeben. Obwohl ich eine große Anzahl von Fällen mit Glück und gutem Dauererfolge operirt habe, passirte es mir doch, dass ich in einem Falle unsicher war, ob unter dem nicht eröffneten Peritoneum allein der Fundus uteri sich sur Fixation darbot. Ich eröffnete desshalb die Bauchhöhle und fand das Nets, dünn und fettarm, auf dem Uterus liegen. Da die Eröffnung des Peritoneums nach Incision der Bauchdecken keine besondere Steigerung des Gefahrenquotienten mit sich bringt, dagegen absolute Sicherheit der Operation verbürgt, so habe ich su Gunsten der Ventrofixation auf meine transperitoneale Methode verzichtet, benutze aber immer noch die damals angegebene (und l. c. abgebildete) Uterusspreissonde sum Emporheben des Uterus in die gans besonders klein ansulegende Wunde. — Eben so wie bei jenem mitgetheilten Falle fürchte ich bei der von Herrn Gebhard angegebenen Methode die Möglichkeit der Nebenverletsung von Nets, Blase oder Darm und kann ihr eine weitere Verbreitung nicht vindiciren.

Herr Odebrecht bemerkt, dass auch ein Herr Baum aus Kansas die Ventrofixation von der Vaginalseite aus bewerkstelligte, indem er vom dilatirten und desinficirten Uterusinneren aus unter Leitung des Fingers eine gestielte Nadel durch den Fundus und die Bauchdecken hindurchstieß, ein Vorgehen, welches aber sicher nicht su billigen sei, und fährt dann fort:

Ich kann Herrn Mackenrodt nicht sustimmen, wenn er nur die Fixirung der Ansätze der Ligg. rotunda für statthaft hält. Ich nähte immer den Fundus, habe eine größere Anzahl Schwangerschaften und Entbindungen gesehen, resp. von ihnen erfahren, die nach solcher Fixirung glatt verliefen.

Die Methode des Herrn Gebhard sollte nur in Ausnahmefällen gemacht werden. Eine Operation wegen Retroflexion muss in erster Linie ungefährlich sein. In der Eröffnung der Bauchhöhle allein liegt beim heutigen Stande der Aseptik keine Gefahr. Dagegen schafft man durch sie Übersichtlichkeit, man entdeckt gelegentlich vorher nicht vermuthete pathologische Veränderungen, kurs man verfährt chirurgisch korrekt. Bei jedem Arbeiten im Dunkeln kann man gelegentlich Verletsungen machen, daher auch das Verfahren nach Czempin nicht zu billigen war.

Will man die sichtbare Bauchnarbe vermeiden, so kann man den Querschnitt nach Küstner machen, und fürchtet man trotz exakter Fasciennaht eine Ventralhernie, den Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel.

Herr Gebhard (Schlusswort) verwahrt sich dagegen, dass Operationen, wie die von Herrn Odebrecht citirten, von einem Arzte in Kansas ausgeführten, bei denen von der Uterushöhle aus eine Nadel durch die Bauchdecken gestoßen wird, mit der seinigen in Parallele gestellt werden. Er hofft, dass seine Operationsmethode nicht nur in Ausnahmefällen, sondern recht oft, namentlich in Verbindung mit anderen vaginalen Operationen, sur Anwendung kommt, und hält dieselbe für einen jedenfalls geringeren Eingriff als die abdominelle Ventrofixation.

Neueste Litteratur.

4) Archiv für Gynäkologie Bd. LXII. Hft. 1.

1) Sneguireff (Moskau). Über die Schmersen in der Becken- und Bauchhöhle der Frau.

Durch die Feststellung bestimmter empfindlicher Druckpunkte auf den Bauchdecken und der Haut am Becken des Weibes, welche den Austrittsstellen von

Lumbal- und Sacralnerven entsprechen oder den erkrankten inneren Organen gegenüber liegen, glaubt S. besondere diagnostisch werthvolle Mittel zur Erkennung einiger von ihm selbst aufgestellter Krankheitsbilder gegeben zu haben. An der Schmerzhaftigkeit vieler dieser Punkte erkennt Verf. die sog. »Endometritis dolorosa« und die »Drei-Ostien-Erkrankung«, eine gleichzeitige Erkrankung des inneren Muttermundes, des Anus und der Urethra, welche sich in spastischer Kontraktion der Ringmuskulatur dieser 3 Ostien äußert, die unter dem Einflusse derselben Nerven (N. erigentes) stehen. Beide Krankheiten werden in glänzendster Weise durch Spaltung des spastisch kontrahirten inneren Muttermundes event. verbunden mit Dehnung der Urethra und des Anus und mit anderen nebensächlicheren Maßnahmen geheilt. Ref. möchte an dieser Stelle dem Autor nicht bis ins Detail auf das von ihm beschrittene heikle Gebiet folgen, kann jedoch nicht verhehlen, dass die angeführten 8 Krankengeschichten weder für die Existenz eines der beiden erwähnten Krankheitsbilder noch deren Heilung sprechen. Die geschilderten Beschwerden können sich bei 5 derselben auf die gleichzeitig bestehende, durch Explorationsbefund festgestellte und auch in der Diagnose erwähnte Oophoritis oder Salpingoophoritis duplex, also auf entzündliche Affektion der Adnexe beziehen. Auch die anderen Fälle lassen nicht die Berechtigung der Annahme eines besonderen Krankheitsbildes erkennen; so könnte im Falle 5 statt der Diagnose Endometritis dolorosa eben so gut Metritis chron. stehen, und es würde sich die eingetretene Besserung, die übrigens nur 2 Wochen genau beobachtet wurde, durch die mit der Spaltung des Orific. int. verbundene Blutentziehung und gleichzeitig ausgeführte Tamponade mit Jodoformgaze gut erklären lassen. Merkwürdig erscheint die Ansicht des Verf., dass Salpingoophoritis nodosa sich häufig auf syphilitischer Grundlage entwickelt, und dass es eine besondere Oophoritis chron. mit gesenkten und verlötheten Ovarien giebt, welche durch Extrakt der Ohrspeicheldrüse (Ooparotidin) gebessert werde. Aus der Anamnese einiger Krankengeschichten gewinnt man den Eindruck, dass es sich um neurasthenische oder hysterische Personen handle, bei deren Angaben über Schmerzhaftigkeit von Druckpunkten große Vorsicht und Skepsis geboten scheint. Am werthvollsten kann die Angabe S. gelten, dass er mit heißen Klysmen nach Reginald Hyde bei chronischen Adnexerkrankungen gute Erfahrungen gesammelt habe, und diese Behandlung die langwierige Kur mit Resorbentien und viele Bedenken überflüssig mache.

2) Agnes Bluhm. Über Cysten des Labium minus.

An der Hand der einschlägigen Litteratur, die bereits ziemlichen Umfang angenommen hat und von der Verf. genau berücksichtigt wird, unterwirft dieselbe die Cysten des Labium minus einer kritischen Beleuchtung hinsichtlich ihrer Ätiologie und kommt so zur Absonderung dreier verschiedener Gruppen. Für die dritte — die sog. Kystes Wolff. Léon Wéber's und Pichevin's, welche ihren Ursprung vom persistirenden Gartner'schen Gang nehmen sollen, lässt sich aus der Kasuistik kein sicheres Exempel anführen. Da bis jetzt eine abnorme Endigung des Wolff'schen Ganges im Labium minus noch nicht nachgewiesen ist, muss man einen solchen Drüsentypus ablehnen, so lange keine Cyste des Labium minus beobachtet ist, welche sich bis in die Gegend des Parovarium verfolgen lässt. Ferner sind zu unterscheiden Cysten idiotoper und heterotoper Natur. Die ersteren stellen sich als Retentionscysten der im Labium minus normalerweise reichlich vorhandenen Talgdrüsen dar, für die zweite Gruppe kommen hauptsächlich Versprengungen der Glandulae vestibulares minores in Betracht. Auf solche sind auch die beiden genauer mitgetheilten Fälle von polypösen, glandulären Kystomen des oberen Theiles des Labium minus zurückzuführen, die mit hohem, schmalem, an die Cervicaldrüsen erinnerndem Epithel ausgekleidet sind und senkrecht in die Cystenwand eindringende Epitheleinsenkungen aufweisen. In der fibrösen Balgwand ließen sich auch Mast- und Pigmentzellen reichlich auffinden.

3) Kworostansky. Syncytioma malignum und sein Zusammenhang mit der Blasenmole.

Die Arbeit des Verf., ein neuer Beitrag zu der viel ventilirten Frage aus der Züricher Frauenklinik, ist durch 23 Abbildungen mikroskopischer Präparate auf

3 Tafeln reichlich illustrirt und bietet in so fern besonderes Interesse, als pathologisch-anatomisch 3 Fälle von Blasenmole 2 Fällen von Syncytioma gegenübergestellt und mit einander verglichen werden. Auch normale Placenten und Uteri werden Vergleichs halber herangezogen. Bei diametral entgegengesetztem klinischen Verlaufe zeigt sich eine so große Ähnlichkeit des mikroskopischen Bildes, dass die wirklich werthvollen, charakteristischen Merkmale des bösartigen Tumors um so prägnanter und sicherer hervortreten. Bei der Blasenmole aus dem 2. Monate findet sich ungewöhnlich starke Entwicklung des chorialen Epithels, Bildung großer plasmoidaler Massen inmitten Langhans'scher Zellsäulen, starke Schleimansammlung an der Stelle des Chorionstroma, Auftreibung der Zotten zu Blasen bei starker Proliferation des Epithels und Zurückbleiben der Entwicklung des Bindegewebes. Die Venen enthielten im Lumen Chorionepithel beider Arten in der Decidua serotina, wenig in der Decidua vera und wahrscheinlich gar nicht in der Muskulatur. Die Blasenmole war wie eine hyperplastische Placenta. Das Syncytium des Syncytioma unterschied sich von dem der Blasenmole durch die Vielgestaltigkeit seiner Form und die Größe und Plumpheit seiner Kerne. Der hauptsächlichste Unterschied ist jedoch der Ort der Ansiedlung dieser Elemente, nämlich die Venen der Muscularis. Diesen entlang bahnt sich die Neubildung ihren Weg. Außer der kompakten Neubildung zwischen den Muskelbündeln sind auch zwischen die einzelnen, stark aufgequollenen Muskelfasern die syncytialen Zellen überall verstreut. Ihr üppiges Wachsthum bringt die Muskelfasern zur Nekrose, verwandelt geöffnete Blutbahnen in Blutlacunen und gelangt destruirend bis in die äußersten Muskelschichten. Verf. betrachtet daher das Syncytioma malignum als weiteres Stadium der Blasenmole, wobei ebenfalls der choriale Überzug die Hauptrolle spielt, der sich nun nicht mehr mit dem Nährmaterial aus der Decidua begnügt, sondern sich in der Muscularis ausbreitet und sie zum Schwund bringt. Warum in dem einen Falle die Placenta sich zu Blasenmole, im anderen zu Syncytioma malignum entwickelt, wissen wir nicht; doch lassen sich nach Verf. prädisponirende Momente aufsuchen in der Minderwerthigkeit des mütterlichen Blutes an Hämoglobingehalt. Das Chorionepithel findet an der Oberfläche der Decidua nicht genügend Nährmaterial, vergrößert desshalb seine Berührungsoberfläche und dringt tiefer in die Uteruswand, den Blutbahnen nachgehend. In Folge seiner starken Wucherung kann sich jedoch das Gleichgewicht nicht herstellen, weil es nicht nur der Vermittler für die Ernährung des Fötus ist, sondern auch selbst vom mütterlichen Blute lebt. Der Fötus stirbt ab, das Chorionepithel, schon von Natur aus auf parasitäres Leben angewiesen, kriecht tiefer in die Muskulatur des Uterus hinein und beginnt in der unersättlichen Begier nach Blut sein Zerstörungswerk. Verf. sucht also die Bedingungen für die bösartige Entwicklung des Chorionepithels in der Beschaffenheit des mütterlichen Blutes.

Die vorliegende Arbeit bietet noch eine Fülle von Einzelfragen und ihre Beantwortung. Bezüglich dieser muss auf das Original verwiesen werden. Nur das eine sei noch erwähnt, dass in dem zweiten Falle von Syncytioma an den Zottenhaftstellen unter wucherndem Syncytium cubisches Oberflächenepithel der Mucosa uteri stellenweise gefunden wurde ohne jegliche andere als regressive Veränderungen und ohne Zeichen einer syncytialen Umwandlung.

4) L. Fränkel. Die klinische Bedeutung der Laktationsatrophie des Uterus.

Verf. fand unter 10 088 Fällen der E. Fränkel'schen Poliklinik seit 1883 bis jetzt 65 Fälle von reiner Laktationsatrophie des Uterus, die er in der vorliegenden Arbeit verwerthet. Wie die meisten Autoren stimmt er Thorn in der günstigen Prognosenstellung bei, dass gewöhnlich die Laktationsatrophie eine gutartige, spontan heilende Affektion sei. So weit sie um den dritten Monat post partum auftritt und von selbst wieder während des Stillens verschwindet, ist sie nur als Theilerscheinung einer puerperalen Atrophie, die auch nichtstillende Frauen betrifft, zu betrachten. Gewöhnlich ist die Atrophie nicht länger als 7 Monate post partum zu beobachten. Besteht sie länger oder vergrößert sich noch, so liegt die Befürchtung vor, dass es sich um eine pathologische, event. irreparable Aus-

schreitung des an und für sich physiologischen Processes handeln könne; dann wird das Stillverbot und Behandlung der »Atrophie durch Superlaktation« auf rationelle Weise geboten erscheinen, welche indess, falls es sich wirklich um die pathologische Form handelt, zweifelhafte Prognose giebt. Das übermäßig lange Stillen (länger als 1 Jahr) ist desshalb allen Frauen zu widerrathen.

5) Kossmann. Zur Geschichte der Traubenmole.

Die Behauptung, dass Schenck von Grafenberg (1565) zuerst über die Blasenmole berichtet habe, ist unrichtig. K. giebt eine Stelle aus einem in der Kgl. Bibliothek zu Berlin aufbewahrten Manuskript wieder, aus welcher hervorgeht, dass schon Aëtius von Amida (6. Jahrh. n. Chr.) eine solche Beschreibung geliefert hat, wobei allerdings zu bemerken ist, dass er unter Blasenmole auch noch andere Krankheiten mitbegreift, bei denen Flüssigkeit ohne Frucht aus der Gebärmutter entleert wird (Missed labour, Hydrops profluens). Später schildern die Traubenmole Christoph und Valleriola, Ludov. Mercatus und Nic. Tulpius Mitte des 16. und 17. Jahrh. Unbekannt scheint auch zu sein, dass in der v. Gregorini'schen Dissertation (Halae 1795) ein von Meckel beobachteter Fall mit Sektionsbericht geschildert ist, in welchem ein Carcinoma syncytiale mit Lungenmetastasen nach einer Mole zum Exitus führte. Velpeau erkannte zuerst die Degeneration der Chorionzotten, und Virchow beschrieb sie als myxomatös. K. erbringt nun den Beweis, dass die myxomatöse Degeneration der Chorionzotten als Ursache des Aborts schon Hippokrates resp. Diocles von Carystos bekannt war, und dass die Kenntnis davon nur durch eine missverständliche Deutung des Wortes Cotyledo (Saugnapf) verloren ging. Erotianus verstand hierunter saugnapfartige Vertiefungen in der Gebärmutterwand, während die richtige Auslegung an den Namen eines Heilkrautes (Cotyledo umbilicus — Venusnabel) anknüpft und unter Cotyledones schwammige, krautartige Körper begreift, welche Chorion und Gebärmutter verbinden.

6) Poten. Das preußische Hebammenlehrbuch.

P. plaidirt für die Umarbeitung oder Neubearbeitung des Hebammenlehrbuches von 1892, welches in vielfacher Hinsicht der doppelten Forderung als technisches Gesetzbuch und Lehrbuch nicht mehr genügt. Die selbständige Berufsthätigkeit der Hebamme macht es nothwendig, dass die Ausbildung nicht bloß ein mechanisches Einprägen des Lehrstoffs, sondern ein volles Verständnis des Erlernten erzielt. Z. B. ist die bloße Aufstellung von Vorschriften für die Desinfektion ungenügend; die Unterrichtsmethode muss gerade auf diesem Gebiete die Lernende in den Geist und Sinn der Vorschriften dadurch einführen, dass sie einfache Experimente über Fäulnis, Gärung, Bakterienwachsthum und die Einwirkung der Desinficientien auf diese Vorgänge zu sehen bekommt und so von der Nothwendigkeit der gegebenen Vorschriften überzeugt wird. Vielfach kann Verf. auf Widersprüche in den einzelnen Theilen des Lehrbuchs, auf Ungenauigkeit der gegebenen Anweisung, auf Definitionen hinweisen, die den heutigen Anschauungen nicht mehr entsprechen. Mehrfach tritt auch eine unzweckmäßige und ungleichmäßige Behandlung des Stoffs hervor, welche ein falsches Bild von der Wichtigkeit des Besprochenen erzeugen muss. Man kann dem Verf. in seinem Rufe nach einem neuen Hebammenlehrbuche nur voll und ganz beistimmen.

7) F. Heymann. Über den Werth der Kiwisch'schen Scheidenduschen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Eine Erwiderung auf den gleichbenannten Aufsatz von O. Sarwey. Verf. legt nochmals klar, dass seine gegen die Kiwisch'sche Scheidendusche erhobenen Einwände, dass sie nicht absolut gefahrlos und dass sie nicht einfach genug sei, berechtigt seien. Auch die Sarwey'schen Vorschriften, das Wasser nur bis zu einem stärkeren Spannungsgefühl sich ansammeln zu lassen und die Zahl und Dauer der Sitzungen innerhalb gewisser Grenzen zu halten, um Reizung des Peritonealdiaphragma und entzündliche Scheidenanschwellung hintanzuhalten, geben keine sichere Garantie für Vermeidung dieser Übelstände. Der Mangel an Einfachheit wird von Sarwey selbst zugegeben, indem er für die Methode die Epi-

theta umständlich und zeitraubend gelten lässt. Verf. spricht sich nochmals dagegen aus, vor der Krause'schen Methode die Kiwisch'sche zu gebrauchen, da seine bei Mermann gesammelten Erfahrungen zeigen, welche guten, sicheren und gefahrlosen Resultate die Krause'sche Bougierung ohne Verbindung mit anderen Methoden erzielt. **Courant** (Breslau).

Verschiedenes.

5) **Wagner** (Karlsruhe). Zur Kasuistik der Pankreas- und abdominellen Fettgewebsnekrose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Verf. berichtet über einen leichten Fall, der an allgemeiner Arteriosklerose und Veränderungen der Lungen und Herz zu Grunde ging. Die klinischen Erscheinungen der Paukreasnekrose, die nur das Anfangsstadium erreichten, waren Auftreibung und Druckempfindlichkeit der Magengegend, häufiges galliges Erbrechen und wässrige Durchfälle, haben also gar nichts Charakteristisches. Drei weitere viel schwerer verlaufende Fälle und ein Fall von peripankreatischer Eiterung mit partieller Nekrose des Organs wiesen ganz andere Erscheinungen und Verlauf auf. Der 1. starb schnell unoperirt, der 2. trotz Laparotomie, der 3. wurde weder operirt noch secirt. Beim 4. auch nicht operirten Falle zeigte die Obduktion eine eitrige Entzündung des Pankreas mit Gangrän des Schwanztheiles, einen peripankreatischen Abscess mit Senkung des Eiters nach der linken Nierengegend und längs des Colon descendens. Verf. präcisirt das Krankheitsbild folgendermaßen: I. Akutes Stadium. Plötzliche Erkrankung mit heftigen Krämpfen im Leibe, namentlich der Oberbauchgegend, Erbrechen, Singultus, Stuhlverhaltung, Meteorismus, bezw. starke Auftreibung und Druckschmerz im Epigastrium; dort manchmal Tumor (besonders charakteristisch). Rascher Verfall der Kräfte, kleiner Puls bei normaler oder leicht fieberhafter Temperatur. II. Subakutes Stadium. Nachlassen der stürmischen Erscheinungen, der Tumor wird bei abnehmendem Meteorismus deutlicher, manchmal Diabetes und Ikterus. Die Attaken kehren wieder, weiterer Verfall und Herzcollaps.

Anatomisch finden sich Fettnekrosen im Pankreas und in großer Menge in der ganzen Bauchhöhle zerstreut, ja auch im Fette der Bauchdecken und der Nierenkapsel. Bei vollendeter Nekrose stellt das Pankreas eine schwarzbraune, matschige, theilweise zerfetzte Masse dar, mit zerstörter Struktur, es enthält viele Blutfarbstoffe und Bakterien. Beim Fortschreiten des Processes, der das ganze oder nur einen Theil des Organes befällt, jauchig-gangränöse oder manchmal auch eitrige Zersetzung. Die Nekrose entsteht durch eine hämorrhagische Entzündung (akutes Stadium), die Nekrose und Jauchung kennzeichnen das subakute Stadium. Die Besprechung der Ursachen der Krankheit kann an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden.

Die Behandlung ist im Beginne nur symptomatisch und richtet sich gegen den Chok, die Schmerzen und Darmstörungen. Erst im subakuten Stadium ist die Eröffnung des Herdes und die Entfernung der sequestrirten Theile zu empfehlen unter Abschluss der Bauchhöhle und Einnähung des Abscesses mit Tamponade. Mit der Heilung der Pankreasnekrose scheint auch die Fettgewebsnekrose zu verschwinden. Die Erfolge sind vorläufig noch sehr schlecht. **Calmann** (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 16. März.** **1901.**

Inhalt.

Bemerkungen zur Händedesinfektion, insbesondere über Lysoform.

Von

Privatdocent Dr. **P. Strassmann** in Berlin.

In No. 51 des Centralblattes für Gynäkologie 1900 hat Ahlfeld einen kurzen Aufsatz betitelt »Prüfung des Lysoforms als Händedesinficiens« veröffentlicht. Da seine Bemerkungen an meine Demonstration in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe u. Gynäkologie anknüpfen, so sei es mir verstattet, auf seine Versuche, seine theoretischen Anschauungen und praktischen Folgerungen einzugehen.

Ahlfeld hat mit 18 Schülerinnen Versuche angestellt und theilt uns mit, dass nach Auslaugung der durch Heißwasser, Seife, Bürste vorbehandelten und in 3—4%iger Lysoformlösung gebürsteten Hand durch steriles Wasser alle geimpften Bouillonröhrchen sich trübten — dass es also keiner gelang, die Oberfläche der Hand keimfrei zu machen. An der sachverständigen Aufsicht dieser Versuche, so wie an der Aufmerksamkeit der einem neuen Kursus angehörigen Schülerinnen zweifle ich nicht im Geringsten. Eben so bin ich von der Exaktheit der bakteriologischen Experimente über-

zeugt. Meine eigenen Untersuchungen, die ich mit Herrn cand. med. Liepmann (z. Z. Freiburg) zusammen, genau so wie es Paul und Sarwey geschildert haben, nur dass ich noch nicht den Kasten dieser Autoren besaß, vorgenommen habe, hatten mich schon vorher belehrt, dass mit Lysoform die Ergebnisse der bakteriologischen Handuntersuchung gerade so ausfielen, wie es für den Alkohol z. B. die Arbeiten der genannten Autoren, die Arbeiten von Krönig, Blumberg, Gottstein, Döderlein und vieler Anderer, selbst für Alkohol und Sublimat u. A. die Hägler's bewiesen haben. Auch uns zeigte eine Serie von 34 Agarplatten, dass eine trocken abgeschabte Tageshand weniger Keime abgiebt, als eine mit Heißwasser, Seife, Bürste, sodann mit Lysoform behandelte Hand, die mit sterilem Wasser ausgelaugt, aufgeweicht ist und nun mit sterilem Holze abgekratzt wird. Hier quellen eben die in den Hautdrüsen und mikroskopischen Epidermisrisschen sitzenden Keime an die Oberfläche.

Ahlfeld kommt nun nach seinen Versuchen zu der Auffassung, dass damit dem neuempfohlenen Mittel der Boden entzogen sei. Dem vermag ich [in keiner Weise zuzustimmen. Die von Ahlfeld gesperrt hervorgehobenen Worte — Es gelang keiner, die Oberfläche der Hand keimfrei zu machen — weisen darauf hin, dass Ahlfeld der Ansicht sei, es gelinge dies sicher mit anderen Methoden. Wer den neueren Arbeiten über Händedesinfektion gefolgt ist, der wird anderer Ansicht als Ahlfeld sein. Soweit ich mich auch umgesehen habe, leuchtet leider aus allen Arbeiten nur hervor, dass nach Ausschaltung der Antiseptica oder als Händedesinficientien empfohlenen Mittel die Hand immer wieder Keime abgiebt.

Dass Ahlfeld noch immer darauf fußt, dass mit Alkohol in einem so hohen Procentsatze die Hautoberfläche keimfrei würde, muss man nach den Versuchen der Tübinger Kliniker und Bakteriologen, ganz besonders auch nach dem ausführlichen Meinungsaustausche zwischen Ahlfeld und diesen Autoren und Krönig, der sich hier kürzlich vor dem Leserkreise des Centralblattes vollzogen hat, billig bezweifeln. Namhafte Kliniker, wie Bumm, Döderlein, Fehling[1], sind genau derselben Ansicht. Die Schrift von Hägler[2], welche sicherlich objektiv geschrieben ist, kommt zu ganz gleichen Ergebnissen. Die keimfreie Handoberfläche nach Alkoholbehandlung ist, wer würde es nicht bedauern?, in nichts zerronnen!

Für diejenigen Leser, welchen meine kurze Demonstration nicht bekannt ist, und auch um Anderen die Mühe des Nachlesens zu ersparen, bemerke ich, dass es mir nie eingefallen ist, davon zu sprechen, dass mit Lysoform die Hand keimfrei gemacht werden könne. Eine solche Möglichkeit im streng bakteriologischen Sinne halte ich überhaupt kaum auf irgend einem Wege erreichbar. Ein Blick auf die

---

[1] Fehling, Über die Berechtigung der Selbstinfektionslehre in der Geburtshilfe. Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 48 u. 49.

[2] Hägler, Händereinigung, Händedesinfektion u. Händeschutz. Basel 1900.

Zeichnung bei Hägler, die Größenverhältnisse, Biologie und Topographie der Mikroben in der Haut, geben klar zu verstehen, dass Döderlein's[3] Wort zutrifft: dass »wir nie keimfrei operiren und nie keimfrei operirt haben«, und trotzdem haben sich, was doch der Endzweck unserer ärztlichen Thätigkeit ist, moderne Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie entwickeln können. Operationen wie die abdominale Uterusexstirpation mit Eröffnung der keimhaltigen Scheide werden serienweise ohne Todesfall ausgeführt.

Ich würde mir unverzeihliche Einseitigkeit vorwerfen, wenn ich die werthvolle Unterstützung der Händevorbereitung durch Anwendung von Alkohol verkennen würde. Übertriebene Ansprüche darf man aber nicht daran knüpfen, sonst dürfte das Gegentheil eintreten von dem, was Ahlfeld will, dass auf andere Arbeiten hin ein Rückschlag erfolgt. Jedenfalls sind wir durchaus berechtigt, nach Flüssigkeiten zu suchen, welche durch andere Eigenschaften sich für die praktische Händedesinfektion eignen. Dass auch ich mich, wie wohl die meisten Operateure und Geburtshelfer, auch heute noch nicht zu Gunsten des Alkohols von der Anwendung einer antiseptischen Flüssigkeit frei machen kann, wird jeder, der den neueren Arbeiten auf diesem Gebiete folgt, verstehen. Jeder ausgedehnte Gebrauch alkoholischer Lösung ruft ohne genügende Berücksichtigung der Händepflege leicht Härtung der Haut hervor; ich habe das nicht nur an mir selbst erfahren, sondern auch bei zahlreichen Medicinern, mit denen ich Gelegenheit hatte, in Kursen zusammen zu kommen, gesehen. Besonders nach der Alkohol-Sublimatmethode wird die Hand grau, die Nägel werden brüchig und metallisch schwarz. Der Arzt befindet sich bei dieser Methode in permanenter Schmierkur, und der von Hägler geführte Nachweis, dass das Quecksilber gebunden wird, ist nur der wissenschaftliche Ausdruck dafür, was unsere Augen bei chronischem Sublimatgebrauche sehen.

Zur Vorbereitung der Hand für die Aufnahme eines Antisepticums mag der Alkohol wohl geeignet sein, dafür mangeln ihm andere Vorzüge. Dass Ahlfeld bei ausschließlicher Alkoholdesinfektion die Hautveränderungen so selten empfunden hat, nimmt mich eigentlich Wunder, denn der 96%ige Alkohol härtet, wie wir von anatomischen und mikroskopischen Arbeiten wissen, die Gewebe, und Glycerin, wieder ein wasserentziehender Alkohol, dürfte als Ersatzmittel kaum so geeignet sein wie eine fettige Salbe, z. B. das Byrolin.

Allen, die sich für die Ahlfeld'schen Arbeiten interessiren, wird die Mittheilung, dass Ahlfeld auf dem Gebärsaale eine 5%ige Schmierseife mit 96%igem Alkohol benutzt, bemerkenswerth sein. Hier hat sich also schon das Bedürfnis nach einer Modifikation der reinen Alkoholmethode eingestellt. Der von Ahlfeld stets betonte Unterschied seiner Methode und der von v. Mikulicz wird doch er-

[3] Döderlein, Der gegenwärtige Stand der Händedesinfektionsfrage und die nächsten Probleme derselben. Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 42.

heblich geringer (v. Mikulicz benutzt 43%igen Alkohol mit 10% Seife). Gerade auf dem Gebärsaale wird dieser Schmierseifenalkohol benutzt, dessen Resultate Ahlfeld auf dem Gebiete seiner puerperalen Hypothesen die Grundlage geben. Die Mischung von Seife und Spiritus hindert nach Hägler das Freiwerden des Alkali. Paul und Sarwey rathen vom Gebrauche der Schmierseife, die die Haut mehr angreift, ab. (Lysoform reagirt neutral bis schwach alkalisch und ist eine milde Seife.) Unentbehrlich bleibt daher die von Ahlfeld empfohlene Seifenwaschung vor Alkoholanwendung. Denn schon die dünnste Fettschicht (cf. Hägler) hindert seine Wirkung. Übrigens lösen nach Braatz[4] 100 Theile Alkohol bei 0,85 spec. Gewicht und 83 Volumen-% in 70 Stunden nur 0,07739 g menschliches Fett. Umgerechnet bedeutet dies, dass 1000 g Alkohol in einer Stunde 0,01 g Fett lösen. Viel Fett lockert wieder trockne Massen auf (Salzwedel und Elsner) und kann so der Alkoholwirkung den Weg bahnen. Zu der Anwendung des Schmierseifenspiritus auf dem Gebärsaale kann ich einige Bedenken nicht unterdrücken. Das preußische Hebammenlehrbuch schreibt den Hebammen vorläufig noch in ganz bestimmter Form die Desinfektion vor. Es gereicht sicherlich nicht zur Festigung ihrer Anschauungen, wenn die Hebammen in ihrer Lehrzeit gerade Anderes sehen und üben, als sie laut des für sie als Gesetz bestehenden Lehrbuches und der in Prüfungen nachzuweisenden Anforderungen thun sollen. Eben so wie ich es für falsch halte, die Hebammen an der Klinik in der Sublimatdesinfektion zu unterrichten, die sie nachher ja doch nicht ausüben dürfen, so sollte dies auch nicht mit dem Schmierseifenalkohol geschehen[5]. (In Frankreich wird den Hebammen Sublimat mit Weinsäurezusatz freigegeben.) Übrigens kommt auch Ahlfeld durchaus nicht mit dem Alkohol aus. Es ist ja unbedingt ein Mittel nothwendig, um bei längeren Operationen für Abspülung, für äußere Reinigung, Scheidenspülungen sich schnell eine größere Menge steriler Flüssigkeit zu verschaffen (auch für Hebammen, um z. B. nach der Geburt des Kopfes bei Hilfeleistung der Schultern die kothbeschmutzte Hand zu waschen). Der Arbeit von Ahlfeld und Stähler[6] entnehme ich, dass z. B. bei Placentarlösung Ahlfeld sich des 3%igen Seifenkresols bedienen muss. Stützt sich aber Ahlfeld nur auf Reagensglasversuche, so würde er wahrscheinlich finden, dass an derselben Hand, die nach seiner Alkoholmethode zunächst sehr wenig Keime abgiebt, gerade wie seiner Zeit es für das Sublimat erwiesen wurde, die Zahl der Handkeime nach Elimination des Kresols vermehrt ist. Es muss der Satz von Paul und Sarwey eindringlichst wiederholt werden, dass die durch Heißwasser-Alkohol nach Ahlfeld behandelten Hände nach

[4] Braatz, Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 29.

[5] Auf die Einschaltung des Alkohols in die Händewaschung und Desinfektion mögen sie immer hingewiesen werden.

[6] Ahlfeld und Stähler, Klinische Erfahrungen über Placentarretention etc. Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1900. December.

längerem Aufenthalte in warmem Wasser und wiederholter mechanischer Bearbeitung die Abnahme von mehr oder weniger zahlreichen Keimen in allen Fällen ermöglichen.

Ahlfeld betont, dass die Hauptsache bei einem Desinfektionsmittel immer die keimtödtende Eigenschaft sei und dass man diesen Punkt in der allgemeinen Praxis zurücksetzt und Mittel bevorzugt, wie vor Allem das Lysol, die wohl der Hand angenehm sind, aber nur minimale desinficirende Kraft besitzen. Es ist nicht meine Aufgabe, auf die keimtödtende Wirkung des Lysols hier einzugehen. Was Lysoform anbelangt, so ist das in ihm enthaltene Formalin genugsam in seiner antiseptischen Wirkung bekannt. Die große Litteratur, die darüber besteht, die mannigfachen Arbeiten über Katgutbereitung, Zimmerdesinfektion und die sich täglich vor unseren Augen vollziehenden antiseptischen Wirkungen selbst recht schwacher Lösungen, welche todte organische Massen zu Sammlungszwecken konserviren, ließen von vorn herein die keimtödtende Wirkung auch des Lysoforms voraussetzen. Selbstverständlich bin ich erst dann an die Prüfung des Mittels an der Lebenden gegangen, nachdem mir eine ausgearbeitete bakteriologische Tabelle aus einem hiesigen Privatlaboratorium vorgelegen hat. Vergleichenden Versuch im Kgl. Institute für Infektionskrankheiten verdankte ich die Angabe, dass Lysoform in einem doppelten Procentverhältnisse wie Lysol, so weit es wenigstens mit Eiter inficirte Seidenfäden betrifft, wirksam ist (s. auch Tabelle). — Seit dem Sommer 1900 habe ich mich mit der Frage der Lysoformdesinfektion anhaltend beschäftigt; abschließende Versuche auf diesem Gebiete, das weiß Jeder, sind nicht so leicht herzustellen und überschreiten Zeit und Thätigkeit des Einzelnen. Um so dankbarer bin ich den mir auf meine Anfragen gewordenen Mittheilungen von 2 Kollegen, die über Lysoform arbeiten. Nach einer mir gütigst gewordenen Mittheilung des Herrn Dr. Symanski (Assistent des Kgl. hygienischen Instituts der Universität Königsberg, Direktor Herr Geh.-Rath Pfeiffer) werden ziemlich resistente, an Seidenfäden angetrocknete Sporen von Milzbrand in 3%iger Lysoformlösung innerhalb 24 Stunden sicher abgetödtet. Es bedeutet dies nichts Geringes, denn Milzbrandsporen können nach R. Koch in Alkohol gekocht werden, selbst 4 Monate darin verweilen, ohne unterzugehen. Ferner hat mir Herr Dr. Vertun (Berlin) eine Tabelle aus seiner demnächst erscheinenden Arbeit zur Verfügung gestellt, die ich an dieser Stelle wiedergebe. Das Resultat ist für Milzbrand ungefähr gleichlautend. Die übrigen Ergebnisse muss ich mir versagen hier ausführlicher zu erörtern und verweise auf die demnächst erscheinenden Arbeiten der genannten Herren. Noch nicht ganz abgeschlossene Versuche gestatten die Vermuthung, dass bei Benutzung körperwarmer Lösungen die Wirksamkeit des Lysoforms noch erhöht werden kann, so dass man also in der Koncentration vielleicht wird heruntergehen können.

Tabelle (Dr. Vertun).

Mikroorganismen	Antiseptische Lösung	Zeit							
Milzbrandsporen	Lysoform 3%	Nach 30 Stunden kein Wachsthum, Impfung resultatlos.							
Bacterium coli	Lysoform 2%	In 10 Minuten vernichtet.							
		1 Min.	5 Min.	10 Min.	30 Min.	1 Stde.	2 Stdn.	5 Stdn.	6 Stdn.
Proteus vulgaris	Sublimat 1‰	+	+	—					
Staphylococcus pyogenes aureus (Streptokokken fast wie Staphylokokken)	Lysol 3%	+	+	—					
	» 1%	+	+	+	+	—			
	Lysoform 5%	+	+	—					
	» 2%	+	+	+	—				
	Sublimat 1‰	+	+	+	+	—			
	Lysol 2%	+	+	+	+	+	—		
	» 1%	+	+	+	+	+	+	+	—
	Lysoform 3%	+	+	+	+	+	—		
	» 2%	+	+	+	+	+	+	—	
	Kreolin 5%	+	+	+	+	+	+	+	—

Dass man »für die Hände angenehme Mittel in der Praxis bevorzugt«, halte ich nicht für einen Vorwurf, wie Ahlfeld, sondern für ein richtiges Vorgehen. Die seifigen Antiseptica zumal sollte man doch nicht zu gering anschlagen; werden sie in sachverständiger Weise benutzt nach voraufgehender ergiebiger Heißwasserreinigung und Bürstung, so gewähren sie nicht nur Annehmlichkeit, sondern auch Nutzen. Das gilt besonders für vaginale Operationen. Ich habe in meinen Veröffentlichungen schon, um übertriebenen Empfehlungen entgegen zu treten, betont, dass im streng bakteriologischen Experiment Sublimat und Karbol wirksamer als die Gruppe der seifigen Antiseptica sind; die Praxis bevorzugt aber mit richtigem Gefühle für die Hände die seifigen Desinficientien, wie Lysol und Seifenkresol, wenn es sich nicht um ganz besondere Fälle handelt, wo auch heute noch mit Recht die Sublimat-Alkoholmethode angewandt wird. Sublimat ist schon wegen seiner toxischen Eigenschaften ein Mittel, das weder dem niederen Heilpersonale noch den Pat. in die Hand gegeben werden kann. Die Karbolsäure hat ganz abgesehen von ihren Gefahren rein oder in Lösung die unangenehme Eigenschaft, das Tastgefühl herabzusetzen und die Haut der Hände arg mitzunehmen. Von allen Händen, die ich bei Wärterinnen in meiner Thätigkeit bis jetzt gesehen habe, haben die schlechtesten die Schwestern, die in Karbol gelegte Schwämme zu reichen hatten oder mit Karbol gefüllte Instrumentenschalen bedienten. Sie waren rissig, borkig, braun und trotz des intensiven Phenolgeruches zu chirurgischer Hilfe-

eistung eigentlich ungeeignet. Die instinktive Abneigung gegen die Assistenz einer solchen Hand ist durch Hägler bakteriologisch begründet worden. Die Hand der Diakonissin ergab in der That ein schlechteres bakteriologisches Resultat als die Hand der Köchin, der Wäscherin oder einer jungen Dame, die dem Krankenhausbetriebe gänzlich fern stand. Die Keimzahl bei den Letzteren war die geringere, aber dafür waren ihre Hände auch durch die Alkohol-Sublimatwaschung roth und brennend geworden. Auch die Karbolsäure ist trotz der vorzüglichen bakteriologischen Resultate im praktischen Gebrauche sehr eingeschränkt worden. Sie ist neben dem Chlorwasser zu den klassischen und historischen Mitteln geworden, mit denen die genialen Empiriker und Forscher Semmelweis und Lister den Kampf gegen die Wundinfektion eröffnet haben. Jetzt vollzieht sich langsam auch für die Hand der Übergang von toxischen und hochprocentigen Lösungen von Desinficientien zu solchen mit geringerer Koncentration und geringerer Toxicität.

Lysol bedeutete trotz geringerer desinficirender Eigenschaften auf dem Gebiete der Händedesinfektion einen Fortschritt. Es hat die praktische Anwendung von antiseptischen Mitteln ausgedehnt, und trotz seines ganz besonders unangenehmen Geruches hat es sich — nicht als bloßer Modeartikel — eingebürgert. Es ist sogar den Hebammen frei gegeben worden. In einer unscheinbaren Anmerkung, p. 73, bemerkt Hägler, dass Lysol wegen seines Seifencharakters noch relativ die besten Resultate in der Versuchsreihe giebt, wo nur desinficirende Waschflüssigkeiten in ihrer Einwirkung auf den Keimgehalt der Hand geprüft wurden. Wie schon erwähnt, benutzt auch Ahlfeld ein seifiges Mittel zur Händedesinfektion. Unzweifelhaft müssen wir unter »Händedesinfektion« auch die Behandlung der Hand während einer Operation und nach derselben mit hinzurechnen und nicht nur die einige Minuten dauernde Vorbereitung zum Beginn der Operation hierunter verstehen. Die Alkoholdesinfektion kann während der Operation nicht so oft wie das Bürsten in einem seifigen Antisepticum wiederholt werden, denn die eiweißhaltigen Massen gerinnen zu festen Beschlägen. Auch würden die Kosten für viele Liter Alkohol unerschwinglich werden. Eben so wenig kann warmer Alkohol benutzt werden. So stürzt auch die Praxis theoretische Empfehlungen, und gewisse günstige Erfahrungen werden oft erst hinterher durch verbesserte Experimente als wissenschaftlich richtig erwiesen.

Um es nochmals ausdrücklich zu betonen, liegt es mir fern, die auch von Hägler untersuchte antiseptische Wirkung verdünnter Alkohole zu leugnen. Versuche von Salzwedel und Elsner[7] weisen dem sauren 45%igen Spiritus ganz besondere Wirkung zu. Da alter Eiter alkalisch wird, so empfehlen sie nach der Seifenwaschung die Benutzung von angesäuertem Spiritus (Essigsäure, Salzsäure). Man

---

[7] Salzwedel und Elsner, Über die Werthigkeit des Alkohols als Desinfektionsmittel und zur Theorie seiner Wirkung. Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 23.

wird gewiss sich dieser Thatsachen erinnern, wenn die Hand mit frischem Eiter in Berührung gekommen ist. Mit dem Säurezusatze tritt freilich ein neuer Faktor in die Alkoholdesinfektion ein, dessen praktische Bedeutung für die Hand noch nicht erprobt ist. Vom Alkohol-Prießnitz nach Salzwedel sagt Hägler (p. 116), dass er nicht im Stande ist, bei einer Koncentration von 45% die Hautkeime alle abzutödten oder ihre Entwicklung im künstlichen Nährboden zu hemmen.

Als einen durch die neueren bakteriologischen Arbeiten zur Pflicht gemachten Theil der Händedesinfektion betrachte ich die Anwendung in sich steriler größerer Mengen seifiger Lösungen, in der eine schnelle mechanische Desinfektion wiederholt werden kann, um auf diese Weise bei einem längeren Berühren von Wunden oder auch des Geburtskanals mit einem antiseptischen, für die Gewebe möglichst ungiftigen Überzuge versehen zu sein. Der Alkohol erfüllt diesen Zweck nicht. Lysoform bedeutet nun meines Erachtens hier einen Fortschritt, der nicht durch 18 Bouillonröhrchen auf seine praktische Bedeutung hin verkannt werden sollte. Seine seifige Beschaffenheit, die aber nicht die Schlüpfrigkeit des Lysols erreicht, die Ungiftigkeit des Mittels, das auch rein nicht ätzt, verbinden sich mit der angenehmen Eigenschaft, dass das Mittel bis auf einen schwachen Formalingeruch, der geschickt verdeckt ist, nicht riecht. Jeder wird angenehm empfinden, wie leicht alle blutigen Verunreinigungen mit Lysoform entfernt werden können. Die makroskopischen Auflagerungen verschwinden schnell, ohne die bräunlichen Spuren zu hinterlassen. Ich verwende jetzt 2—3%ige warme Lösungen für die Hände, selbstverständlich erst nach ergiebigster mechanischer Reinigung mit Warmwasser und Seife, zu Scheidenspülungen ohne Narkose 1%ige, vor Operationen 2—3%ige Lösung. Übrigens darf ich bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass in der ersten Zeit die Herstellung des Mittels nur im Laboratorium und in kleinen Mengen stattgefunden hat, da der praktische Bedarf ein geringer war. Es mag wohl sein, dass da noch nicht volle Gleichmäßigkeit des Präparates bestand, was vielleicht auch etwas auf die bakteriologischen Resultate wirkte. Unterdess ist der Betrieb des Lysoforms fabrikmäßig aufgenommen worden. Wie mir von der Gesellschaft geschrieben wird, soll die Herstellung unter ständiger wissenschaftlicher und technischer Kontrolle fortgesetzt werden, die auf gleichmäßige Herstellung, Prüfung der Ungiftigkeit und der baktericiden Wirkung Werth legen wird.

Die geburtshilflichen Erfahrungen, die ich seiner Zeit in der geburtshilflichen Universitätspoliklinik sammeln durfte, habe ich bereits im Auszuge mitgetheilt. Ich benutze seither Lysoform ausschließlich, zumal für Operationen ist die Lysoformausreibung der Scheide sehr geeignet. Sie erhält das Vaginalrohr dehnungsfähig und geschmeidig, was von Alkohol-Sublimat nicht gesagt werden kann. Die Schrumpfung, die bei der letzteren Methode durch den Alkohol besonders eintritt, ist z. B. beim Prolaps ganz auffallend.

Um nur Einiges hervorzuheben, so habe ich im letzten Monate von der Scheide aus Tubarschwangerschaften operirt.

Die erste Pat., welche ich Herrn Privatdocent Dr. Joachimsthal verdanke, war fast moribund, die Tubargravidität frisch geplatzt. Die zweite Pat., die mir von Herrn Dr. Lindemann zugewiesen wurde, hatte einen älteren Tubensack mit großer Hämatocele und Parovarialcyste der anderen Seite. Beides also Erkrankungen, bei denen Zersetzung leicht möglich ist und mangelhafte Reinigung sich rächt. Sie sind glatt und ohne Temperatursteigerung verlaufen. Jedenfalls hatte ich bis jetzt noch nichts zu beklagen gehabt, was ich auf Kosten des Lysoforms zu setzen hätte.

Die auffallende fäulniswidrige Wirkung des 3%igen Lysoforms beobachtete ich kürzlich, als mir ein Phantomkind anfing faulig und übelriechend zu werden. Durch 24 Stunden Verweilen in 3%igem Lysoform war jeder Geruch verschwunden, und die Fäulnis war nicht weiter gegangen Besonders geeignet ist Lysoform für Operationen bei Pat. mit Albuminurie, Diabetes, Ödemen, wo Phenol- und Quecksilberverbindungen in ihrer Anwendung beschränkt sind.

Was die Einwirkung auf die Hände anbetrifft, so erhalten die üblichen Lösungen die Epidermis geschmeidig und scheinen nur eine geringe antihidrotische Wirkung zu entfalten. Eine unbedeutende Härte der Epidermis findet nur bei häufigerer Anwendung höherer Koncentrationen statt, wenn man z. B. Lysoform rein über die Hände gießt und dann in Wasser verbürstet. Somit ist in Folge seiner Löslichkeit und chemischen Beschaffenheit Lysoform leicht wieder zu eliminiren. Alles in Allem habe ich bisher keine Veranlassung, mein erstes Urtheil über Lysoform zu ändern, und halte es wegen seiner specifischen Eigenschaften als ein mindestens der praktischen Prüfung würdiges, recht brauchbares Mittel nicht nur für die Hand, sondern als einheitliches Antisepticum.

Eine geschmeidige Beschaffenheit der Hand und der Scheide, wie sie uns seifige Desinficientien gewähren, ist für die Geburtshilfe von allergrößter Bedeutung. So dürfte man in der Ansicht nicht fehlgehen, dass in der vorantiseptischen Zeit der Gebrauch von Fetten — die nicht gerade infektiös verunreinigt waren — in der Geburtshilfe Schädigungen der mütterlichen Epithelien bis zu einem gewissen Grade verhinderte und mancher Infektion vorgebeugt haben mag. Wenn ich früher (Anleitung zur aseptischen Geburtshilfe) mich gegen ihre Verwendung ausgesprochen habe, so halte ich es heute doch nicht für ausgeschlossen, dass gerade fußend auf neueren bakteriologischen Anschauungen der Gebrauch von schlüpfrig-seifigen Lösungen oder von Fett in der Geburtshilfe einmal wieder obligatorisch gemacht wird. Auf dem Gebärsaale der Kgl. Charité, wo die Anwendung des Byrolin, in dicker Schicht von anderer Seite aufgeträufelt, für die Untersuchung obligatorisch ist, habe ich entschieden den Eindruck empfangen, als ob die Hand und die Scheide nicht anders als wie durch einen Gummiüberzug eine gewisse Sicherung erfährt.

Auch erhält eine so behandelte Hand das durch die Vorbereitung entzogene Fett wieder. Der Begriff der Händedesinfektion bedarf eben auch einer Ergänzung nach dem Hände- und Wundschutze hin. Von diesem Gesichtspunkte aus bedeuten die Gummifinger und -Handschuhe einen außerordentlichen Fortschritt, so weit sie zum Schutze gegen infektiöse Berührung angewendet werden. Der Arzt sollte die Gummifinger wenigstens immer mit sich führen. Für aseptische Operationen sind sie bei richtig gepflegter Hand nicht nothwendig. Eine sterile Flüssigkeit, die, wie z. B. Lysoform, vielfach benutzt werden kann, beeinflusst das Tastgefühl nicht und gestattet, die nachquellenden Hautkeime fortzuschaffen; freilich Keime genug werden immer noch in der Haut sein.

Wegen ihrer Einwirkung auf die Beschaffenheit der Hautoberfläche behalten auch die Sandreinigungen (Schenk und Zaufal[8]) ihren Werth, eben so wie die Benutzung von Marmorseife (Schleich), welche der Hand eine vorzügliche Kondition giebt, auch wenn sie keineswegs keimfrei macht.

Als ein hohes Verdienst der Hägler'schen Arbeit betrachte ich daher, dass sie uns den wissenschaftlichen und bakteriologischen Nachweis für Dinge bringt, die jahrelange Erfahrung als geeignet für die Haut und die Hand erkannt hat. Hierher gehört die Warnung vor dem zu kurzen Stutzen der Nägel, welches ebenfalls von Ahlfeld empfohlen war, die Benutzung eines stumpfen Nagelreinigers, die Anwendung des Frottirtuches, die Handpflege durch Salben, Kleienbäder, die Einschränkung des übermäßigen und zwecklosen Gebrauches von antiseptischen Flüssigkeiten.

Unwillkürlich drängt sich uns heute die Frage auf, was geschieht mit den Bakterien, die in die Wunde gebracht sind? Etwas mag wohl die Zahl und ihre Keimfähigkeit überschätzt werden. Wir operiren ja nicht mit Händen, die 5 Minuten lang mit Wasser ausgelaugt sind und deren Oberfläche mit Hölzchen oder Seidenfaden ausgedrückt und abgerieben ist, und aus der die Antiseptica chemisch eliminirt sind. Die Handkeime müssen doch bei der Operation immer eine antiseptische Schicht passiren, und die tiefen Keime dürften nach längerem Verweilen in den Hautdrüsen nicht mehr voll virulent sein. Die interessanten Tuscheversuche aus der vortrefflichen Arbeit von Hägler sind daher nicht als Analoga mit den Bakterienverhältnissen zu verwerthen. Freilich illustriren sie die mechanischen Bedingungen corpusculärer Verunreinigungen auf der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen.

In der Wunde kommen die Keime nicht in ein Reagensglas mit Agar oder Bouillon. Zellen und Gewebsflüssigkeiten haben doch erhebliche antitoxische Eigenschaften. Frische Wunden werden ähnlich wie epitheliale Flächen mit einer gewissen Quantität und Qualität von Hautbakterien fertig. Natürlich hat das seine Grenze,

---

[8] Schenk und Zaufal: Münchener med. Wochenschrift No. 45.

wo es sich um frische hoch virulente Übertragungen handelt. Viel hängt ganz gewiss auch von der Masse der Bakterien ab, und bei der Rolle, die hier die Hautbeschaffenheit spielt, darf nicht außer Acht gelassen werden, welches Antisepticum unbeschadet am häufigsten auf die Haut gebracht werden kann. Geringe Spuren von antiseptischen Mitteln, die in die Wunde gelangen, werden bei einigermaßen resistenten Individuen spurlos vertragen werden.

Das Ideal eines Antisepticum stellt dasjenige dar, welches beiden Faktoren möglichst gerecht wird, nämlich weitgehende Schädigung der Bakterien verbindet mit möglichster Erhaltung der natürlichen Beschaffenheit der Zellen und Gewebe. Dieser zweite Faktor spielt aber neben Hautkeimen, Anti- und Aseptik bei jedem chirurgischen und geburtshilflichen Eingriffe eine schwerwiegende Rolle. Die klinischen Erfolge werden beeinträchtigt, wenn die natürliche Beschaffenheit der Gewebe durch übermäßig langes Operiren und Drücken, Zurücklassen von wenn auch nur schwach blutenden Stellen, Ansammlung von Wundflüssigkeiten, mangelhafte Ableitung der Sekrete großer Höhlen und Flächen geschädigt wird. Die Desinfektionslehre allein ist nicht im Stande, uns zu ersetzen, was schnelles und schonendes Operiren, exakte Blutstillung und in geeigneten Fällen die Drainage leistet. Aber auch hier steht zu hoffen, dass uns die Bakteriologie gemeinsam mit der Physiologie der Gewebe bald die wissenschaftliche Erklärung liefern wird.

Neue Bücher.

1) **Stoeckel.** Ureterfisteln und Ureterverletzungen.

Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1900.

Die Absicht, eine übersichtliche Darstellung der Erkrankung und Behandlung wegen Ureterfisteln und -Verletzungen zu geben, ist S. auf das Beste gelungen. An der Hand der Fälle der Bonner gynäkologischen Klinik, so wie einer reichen in- und ausländischen Litteratur theilt der Verf. Alles mit, was wissenswerth, neu und wichtig ist. Um dem Werke die Anerkennung zu zollen, die ihm gebührt, ist ein umfassenderes Referat nöthig, als sie gewöhnlich in diesem Blatte üblich sind, aber ich glaube, die Summe des Interessanten, welches geboten wird, rechtfertigt meine Ausgiebigkeit.

Während früher, so führt S. aus, die Geburtshilfe vornehmlich die Ursachen für die Entstehungen von Ureterfisteln abgegeben hat, haben sich jetzt die Verhältnisse wesentlich verschoben. Die Gynäkologie hat mindestens zur Zeit denselben Antheil an der Entstehung: vor Allem ist die Totalexstirpation des Uterus wegen der Lage der Ureteren zur Cervix Ursache und besonders in dem Falle, wenn durch vorhergegangene Entzündungsvorgänge oder durch allzu weites Vorgeschrittensein des Carcinoms eine zu derbe Verwachsung des

Ureters mit dem umgebenden Gewebe eingetreten ist, ein Umstand, den Verf. auch besonders für die Entstehung der Fisteln durch Geburten heranzieht; mag die Totalexstirpation wegen Carcinoms, wegen Pyosalpinx et Oophoritis purulenta gemacht werden, die Gefahren der Verletzung sind vorhanden und bei der Operation besonders zu berücksichtigen. Die Frage der Operabilität der Uteruscarcinome wird eingehend besprochen. Auch Carcinome der Vagina und Blasencarcinome, so wie ausgedehnte Myomoperationen von der Vagina aus gefährden den Ureter. Bei adhärenten Ovariencysten, Parovarialcysten, tubaren Fruchtsäcken und Pyosalpingitiden liegt auch eine Gefahr der Verletzung des Ureters beim Ablösen der Adhäsionen in der Tiefe vor. Ja sogar bei Cystocele und Descensus vaginae, bei Vaginaefixatio, bei bilateraler Discision der Cervix wegen Dysmenorrhoe sind Ureterverletzungen beobachtet. Bei Incision parametraner Exsudate und bei dem Gebrauche der besonders von den Franzosen empfohlenen Angiotriben sei man vor Allem vorsichtig.

Die Diagnose ist nicht so leicht, wie es erscheinen könnte, besonders wenn, wie es häufig der Fall ist, neben der Ureterfistel noch eine Blasenfistel besteht. Die Cystoskopie ist hier nur schwer und nach vorangegangener nasser Tamponade der Vagina von einem geübten Cystoskopiker, weil sie schnell ausgeführt werden muss, anwendbar. Besonders schwierig ist die Diagnose bei Harnleiter-Blasen-Scheidenfisteln. Ohne Sondirung der Fistel ist nichts zu machen. Ist dagegen eine Blasenfistel nicht vorhanden, wohl aber eine Harnleiterfistel, so giebt das Cystoskop neben Neumann's Harnscheider, der aber weniger brauchbar erachtet wird, Auskunft. Auch die mit dem Cystoskop ausgeführte Ureterenkatheterisation ist in Anwendung zu bringen. Jedoch ist vor Allem die Gefahr der Keimverschleppung durch die Instrumente zu beachten. Die Fistelöffnung in der Vagina zu finden, ist oft schwer, besonders nach Totalexstirpationen, und sie wird desto schwerer zu finden sein, je enger die Öffnung ist. Ist die Fistel weit, so giebt die Richtung des eingeschobenen Instrumentes den Weg, welcher Ureter verletzt ist; ist sie eng, so kann ein event. vorgenommener provisorischer Verschluss durch Stauung eine Hydronephrose vorübergehend erzeugen und so zur Diagnose beitragen. Meist aber, und darauf legt S. keinen Werth, weil er nicht davon spricht, ist in diesem Falle die Niere an sich hydronephrotisch verändert, und Druck auf die Niere lässt den Urin im Strahl hervorspritzen resp. stärker quellen (cf. mein Fall), wodurch sofort klar wird, welcher Ureter der kranke ist. S. legt mit Recht auf die Diagnose, welcher Ureter der erkrankte ist, ganz besonderen Werth, weil für die Operation sehr viel davon abhängt.

Das Erkennen frischer Ureterverletzungen ist oft leicht, wenn der Ureter durchschnitten wird; oft schwer resp. erst nach Entstehung einer Fistel möglich, wenn er abgebunden resp. unterbunden wurde. Am schwersten in den Fällen, wo bei einer Laparotomie ein solches Ereignis auftrat, ein Zufall, der aber glücklicherweise

unendlich selten stattfindet, besonders wenn vermieden wird, Massenligaturen zu machen.

Die Prognose der Fisteln hängt davon ab, ob aufsteigende Infektion der Ureteren eingetreten ist, denn die Ekzeme sind zwar äußerst lästig, aber doch nicht lebensgefährlich. Bei Verletzungen des Ureters, besonders nach Totalexstirpationen soll man vorerst einige Wochen abwarten, ob nicht die Fistel, wie öfters von S. resp. in der Bonner Klinik beobachtet, sich spontan schließt. Man soll, um dies zu begünstigen, alle Nähte und Fadenschlingen entfernen.

Bezüglich der Prophylaxe ist Vorsicht zu empfehlen vor Allem bei den gynäkologischen Operationen. Die präventive Sondirung des Ureters mit Liegenlassen der Sonde vor der Operation ist zwar von manchen Operateuren empfohlen, aber von Anderen wieder verworfen. Sollte trotz aller Vorsicht eine Ureterverletzung vorkommen, so ist die Erkennung die Hauptsache, und Kelly schließt keinen Bauch nach einer Laparotomie, bei welcher event. eine Ureterverletzung stattgefunden haben könnte, ohne den Ureter genau in seiner Lage kontrollirt zu haben. Relaparotomien nach Verletzungen des Ureters haben wenig Aussicht auf Erfolg. Bei Totalexstirpationen, Kolporrhaphia anterior, Kolpokoeliotomia anterior, Vaginaefixatio uteri ist die Blase sehr hoch hinaufzuschieben, um eine Verletzung zu vermeiden.

Das nächste Kapitel der Arbeit handelt von der Therapie der Fisteln. Mit enormer Mühe hat S. zuerst einen geschichtlichen Überblick über die Versuche des vaginalen Verschlusses gegeben. Ätzungen sind zu widerrathen wegen der Gefahr des Entstehens einer Hydronephrose, auch sei kein Erfolg davon zu erwarten. Nur einen geheilten Fall erkennt er an. Weiter bespricht er ausführlich die Methoden von Simon, Landau, Schede und zollt ihnen seine volle Anerkennung. Die Kolpokleisis gehört in das Reich der Historie, weil sie nicht mehr ausgeführt werden dürfe, da die daraus entstehenden Folgen: Zersetzung, wiederholt auftretendes Platzen des Verschlusses, Verlust der Vagina, allzu schädigend seien. Weiter werden die Methoden von Dührssen: exakte Vernähung von Blasen- und Ureterschleimhaut, so wie die von Mackenrodt besprochen. Wenn ja auch manche Fistel auf diesem Wege heilbar sei, so kämen diese Methoden doch für solche, welche in derben, festen Narbenmassen eingebettet seien, wegen der Unmöglichkeit, den Ureter zu isoliren, nicht in Betracht.

Als diejenige Operation, welche in diesen verzweifelten Fällen empfehlenswerth sei, bezeichnet S. die Nephrotomie. Diese zu machen räth Fritsch an, wenn bei der später zu besprechenden Ureterimplantation in die Blase auf abdominalem Wege zu große technische Schwierigkeiten zu erwarten seien, ein pathologischer Zustand der dem verletzten Ureter entsprechenden Niere vorliege, das Allgemeinbefinden der Pat. eine schwierige Laparotomie kontraindicire, ein Recidiv eines vorher operativ entfernten malignen Tumors an der

Stelle der Fistel vorliege, bei frischen Verletzungen des Ureters ein so großes Stück desselben in Wegfall komme, dass die abdominale Implantation nicht mehr in Frage kommen könne: dahin wird in der Bonner Klinik die Indikation zur Nephrotomie präcisirt.

Andere Operateure (Mackenrodt) lassen nach ihren Erfahrungen für manchen der Fritsch'schen Punkte die abdominale Implantation gelten. Für diese Implantation giebt es zwei Wege: die extraperitoneale und die intraperitoneale Implantation; auch macht man die Implantation in verschiedene Organe: die ältere Methode war die der Implantation ins Rectum, welche aber zurücktreten musste vor der zuerst von Bazy und Novaro geübten Implantation in die Blase. Im Laufe der Jahre haben sich bezüglich dieser Einpflanzung des Ureters in die Blase bei Fistelbildung 3 verschiedene Typen herangebildet: der rein intraperitoneale Krause's, der intra-extraperitoneale, gemischte Typus Witzel's, der rein extraperitoneale Mackenrodt-Veit's. Diese 3 Methoden wägt S. in einem längeren Kapitel genau gegen einander ab, ohne scharf zu präcisiren, welche Methode ihm die empfehlenswertheste erscheine; im Allgemeinen scheint es, als neige S. der Witzel'schen Methode zu, während er an anderer Stelle wieder als die idealste Methode die Mackenrodt'sche bezeichnet. Die Gefahr der Nekrose des Ureters und die derben Verwachsungen desselben können nach meiner Ansicht eben so hinderlich für die Witzel'sche, wie die Mackenrodt'sche sein. Die Krause'sche Methode ist nicht empfehlenswerth wegen der Gefahr der Darmabknickung durch den die Bauchhöhle passirenden Ureter und die Gefahr der Peritonitis. Die Methode Witzel's, die Blase dem Ureter entgegen zu fixiren, ist gewiss sehr empfehlenswerth und werth, für die Mackenrodt'sche Methode ausgenutzt zu werden.

Weiter bespricht S. die Schnittführung durch die Bauchdecken und dann die Versorgung des vesikalen Ureterendes. Die Schnittführung Witzel's, Fritsch's, Mackenrodt's ist bei den Operationen zur Implantation des Ureters in die Blase zu wählen; die periphere Ureterversorgung kommt vor Allem in Frage wegen der Infektionsgefahr bei Fistelbildung und der Gefahr der Harnrückstauung durch das offene Innere des Ureters. Nur ein Fall Pozzi's bei pathologischem Zustande des vesikalen Ureterendes ist zu verzeichnen, wo Rückstauung eintrat. Um aber die Frage noch weiter festzustellen, hat S. selbst Versuche an Hunden gemacht und gefunden, dass eine Rückstauung niemals eintritt bei Durchschneidung des Ureters. Fritsch hat ebenfalls die Beobachtung gemacht, dass die Nichtversorgung des vesikalen Ureterendes absolut gleichgültig sei, und niemals einen Nachtheil davon gesehen. Die Fixationsmethoden des Ureters in der Blasenwand betreffend gehen auch die Methoden der Operateure weit aus einander: von 3etagigen Fixationsmethoden Witzel's zur 3nähtigen Fixirung Boldt's und zu dem Knopfe Boari's. Auch auf die Art der Öffnung des neuen Lumens des Ureters event. der Blase wird Werth gelegt: Recht weit und breit

gespalten wird der Ureter von Krause, Kelly, Sänger, schräg zugeschnitten wird er von Witzel, weit hineingezogen wird er von Krause. Ein Verweilkatheter wird fast von allen Operateuren eingelegt.

Die Implantationsstelle wird nach außen drainirt, doch wird die Drainage von S. durchaus nicht für nothwendig erachtet, wenn die Implantation sich in typischer Weise ausführen lässt.

Neben dieser abdominalen Methode konkurriren noch die vaginalen und sacralen. Die vaginalen Methoden sind theils schon früher besprochen, theils auch in den Hintergrund gedrängt wegen der großen Schwierigkeiten derselben gegenüber den abdominalen, nur bei Durchschneidungen während einer Operation sei sie zu empfehlen und auch ausgeführt. Fritsch hat in einem Falle von Ureter-Scheidenfistel leicht und mit gutem Erfolge operirt. Die sacrale Methode ist nur selten geübt und nicht empfehlenswerth.

Die eigentliche Naht der Ureteren ist nur empfehlenswerth bei Verletzungen intra laparotomiam, nicht empfehlenswerth bei schon entstandener Ureter-Scheidenfistel; in letzterem Falle komme sie nur in Betracht, wenn ausnahmsweise die Ureterfistel im Verlaufe des Ureters so hoch liege, dass eine abdominale Implantation wegen der Unmöglichkeit, den Ureterstumpf der Blase entgegenzuführen, wenig Aussichten auf Erfolg biete, es sei denn, dass man die Nephrektomie mache. Bei Laparotomien, wo die Ureterverletzung entstanden sei, müsse die Naht gemacht werden. Natürlich sind wieder wegen Stenosenbildung an der Nahtstelle, wegen nicht dicht haltender Naht unzählige Methoden: Invagination, seitliche Einnähung, seitliche Anastomosenbildung, extraperitoneale Lagerung und dgl. angegeben, aber die einfache cirkuläre Naht bleibe wohl die empfehlenswertheste.

In Anschluss an diese Betrachtungen theilt S. 8 Fälle von Ureterfisteln und Ureterverletzungen aus der Bonner Frauenklinik mit und zwar 4 Ureterimplantationen in die Blase, von denen eine während einer Laparotomie bei Ureterverletzung, die anderen bei vaginalen Ureterfisteln gemacht wurden. Der 5. Fall betrifft eine vaginale Ureterimplantation in die Blase, während die letzten 3 Fälle durch Exstirpation der betreffenden Niere geheilt wurden.

S. schließt seine Arbeit mit einer sehr beherzigenswerthen Ermahnung an die Chirurgen und Gynäkologen: man solle niemals ein erreichtes Resultat als vollkommen betrachten, bevor nicht gewisse Bedingungen erfüllt sind: die Kranke muss arbeitsfähig sein, sie darf keinerlei subjektive Beschwerden haben, muss event. nach der Operation normal geboren haben, keine Störungen in der Urinsekretion aufweisen. Aber auch diese Forderungen sind S. kaum genügend; er verlangt für die völlige Heilung den lokalen Beweis durch Cystoskopie, Sektion oder Reoperation. — Ich bemerke, dass ich auf dem Standpunkte S.'s bezüglich der ersten Forderung wohl stehe, nach meiner Ansicht geht er aber mit den beiden letzten Punkten — Sektion oder Reoperation — zu weit. Aber gerade in

dem Wunsche, auch diese erfüllt zu sehen, liegt der Ausdruck der Zuverlässigkeit und Solidität der ganzen Arbeit; Alles, was in derselben enthalten ist, trägt den Charakter der absoluten Gründlichkeit, und ich kann wohl sagen, dass wir dankbar sein müssen, über diese momentan im Brennpunkte der gynäkologischen Tagesfrage stehende Erkrankung ein so umfassendes Werk zu besitzen.

L. Pernice (Frankfurt a/O.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gynäkologische Gesellschaft zu Lemberg.

Sitzung vom 4. Juli 1900.

Vorsitzender: Herr Festenburg. Schriftführer: Herr Kwiatkiewicz.

Herr Mars stellt 1) eine Kranke vor, bei welcher er wegen Kraurosis vulvae eine totale Exstirpation der äußeren Scham ausführte. Die Wunde heilte p. pr. und der Erfolg ist vollkommen. 2) 2 Kranke mit pathologischen Veränderungen des knöchernen Beckens: Eine mit Kyphosis lumbo-sacralis, und eine mit der Diagnose Spondylolisthesis geringen Grades. M. bespricht bei dieser Gelegenheit und illustrirt mit Beispielen aus der Litteratur die Schwierigkeit der Differentialdiagnose in solchen Fällen.

An der Diskussion betheiligen sich die Herren Skałkowski, Kwiatkiewicz und Vortr.

Herr Kośmiński schildert folgenden, ungewöhnlichen Geburtsfall: Die Kranke mit mäßig verengtem Becken (Conj. ext. 17 cm), welche die 2 ersten Male spontan, das 3. Mal mit Hilfe der Zange geboren hat, kam bei der 4. Geburt vor $1^1/_2$ Jahren mit einer Uterusruptur in die Klinik, wo sie mittels Excerebration entbunden und die Uteruswunde auf abdominalem Wege vernäht wurde. Jetzt wurde sie abermals gravid, meldete sich im 8. Monate in der Klinik und gab ihre Einwilligung zur Sectio caesarea am normalen Ende der Schwangerschaft. Indessen stellten sich schon nach einigen Tagen Wehen ein, und K. entschloss sich desshalb zu einer Entbindung per vias naturales. Nach Dilatation der vaginalen Narben führte er die Wendung aus und entwickelte unter bedeutenden Schwierigkeiten bei der Extraktion des Kopfes ein asphyktisches Kind, welches nicht wiederbelebt werden konnte. Die Mutter machte ein normales Wochenbett durch. — Trotz der von vorn herein geringen Aussicht auf Erhaltung des kindlichen Lebens auf diesem Wege hält K. sein Vorgehen nicht nur mit Rücksicht auf die Mutter für das richtigste, sondern auch durch die, in diesem Entwicklungsstadium überhaupt zweifelhafte Lebensfähigkeit des Kindes für gerechtfertigt. Eine in diesem Falle, wegen der überstandenen Uterusruptur voraussichtlich ungewöhnlich schwere Sectio caesarea hätte nur die Rücksicht auf ein ausgetragenes Kind rechtfertigen können.

In der Diskussion erklärt Herr Mars, dass er doch die Sectio caesarea vorgezogen hätte.

Sitzung vom 7. November 1900.

Vorsitzender: Herr Festenburg; Schriftführer: Herr Kwiatkiewicz.

Herr Bocheński stellt eine Kranke mit einem birngroßen Molluscum fibrosum labii majoris dextri vor. Wegen einer ähnlichen Geschwulst an derselben Stelle wurde sie schon vor einigen Jahren operirt — es ist also möglich, dass damals ein Theil des Tumors zurückgelassen wurde und nun bis zu der heutigen Größe heranwuchs.

An der Diskussion über die mögliche Ätiologie des Tumors betheiligen sich die Herren Mars, Łukasiewicz und Vortr.

Herr **Łukasiewicz** hält einen Vortrag: »**Über die Behandlung der Lues mittels Einspritzungen von 5%igem Sublimat — mit Rücksicht auf die Frauen**«.

An der Diskussion betheiligen sich die Herren **Strojnowski**, **Mars**, **Skałkowski**, **Kośmiński** und Vortr.

Herr **Sołowij** demonstrirt Präparate von 3 knöchernen Becken: Das eine hat alle Charaktere der Osteomalakie und stammt von einer Kranken her, welche mit vernachlässigter Geburt in die Klinik kam und am 6. Tage nach der Sectio caesarea an Peritonitis starb. Das zweite ist ein typisches, glattes Becken, und das dritte ein gleichmäßig, allgemein verengtes. Dieses letztere rührt von einer Person mit ausgesprochenem Habitus masculinus her. Sie wurde seiner Zeit wegen Hämatometra in der Klinik laparotomirt und nach Herstellung einer künstlichen Kommunikation im gebesserten Zustande entlassen. Nach einem Jahre entwickelte sich jedoch abermals eine Hämatometra, die Kranke kam herabgekommen und ganz elend in die Klinik zurück und starb bald nach Ausführung einer totalen Uterusexstirpation.

Sitzung vom 12. December 1900.

Vorsitzender: Herr **Festenburg**; Schriftführer: Herr **Kwiatkiewicz**.

Herr **Sołowij** stellt eine Kranke nach Exstirpation der rechten Niere vor, von der er in der Sitzung vom 14. Februar 1900 ausführlich sprach. Sie befindet sich jetzt ganz wohl. — Dann führt er eine 2. Kranke vor, die 3mal laparotomirt wurde: vor 8 Jahren wegen einer Ovarialcyste in Krakau von Herrn **Cercha**; vor 2 Jahren wegen einer Cyste des zweiten Ovariums und im Juni 1900 wegen einer retroperitonealen Cyste vom Vortr.

Herr **Sołowij** demonstrirt ein Präparat von Carcinoma portionis in gravida VI mensium. Bei der Operation (Exstirpatio uteri per vaginam) bediente er sich nicht der Klemmen so, wie in seinem 1. Falle, sondern nur der Traktion, durch welche er eine genügende Hämostase erzielte, um erst nachträglich die Ligamenta lege artis unterbinden zu können. Mit Rücksicht auf eventuelle Schwierigkeiten bei der Extraktion der Frucht bei Anwendung der Klemmen hält er diese Methode für besser.

Herr **Sołowij** spricht dann: »**Über die Behandlung der Uterusruptur während der Geburt**«.

Zunächst theilt er die Statistik der Hebammenschule aus den letzten 3 Jahren mit, nach welcher auf ca. 3000 Geburten 8 Fälle von Uterusruptur zur Behandlung kommen. Von diesen waren 6 spontane und nur 2 außerhalb der Anstalt während operativer Eingriffe bei vernachlässigten Geburten entstandene Rupturen. Als ungewöhnlich schildert S. genauer einen Fall von R. u. spontanea in fundo. — Was die Behandlung anbelangt, so wurde 4mal tamponirt; 2mal Laparotomie und Uterusnaht und 1mal eine vaginale Exstirpatio uteri ausgeführt. Ein Fall wurde wegen Mangel aller Erscheinungen in vivo nicht erkannt und nicht behandelt. Nur 2 Kranke blieben am Leben: eine R. incompleta, behandelt mit Tamponade, und eine R. completa nach Laparotomie und Naht. Unter Berücksichtigung dieses eigenen Materials bespricht S. die neuesten Anschauungen über die Behandlung der R. uteri und konstatirt die bisher wenig erfreulichen Erfolge der modernen Therapie, was offenbar darin seinen Grund hat, dass diese Kranke gewöhnlich schon inficirt zur Behandlung kommen.

Diskussion: Herr **Mars** betont u. A., dass man bei der Beurtheilung der einzelnen Behandlungsmethoden vor Allem die bereits inficirten und dadurch schon verlorenen Fälle ausschließen sollte. Die stattgefundene Infektion entscheidet auch oft über die Wahl der Therapie. Bezüglich der Naht macht M. darauf aufmerksam, dass die Wundränder meist zerquetscht sind und man sie früher erst auffrischen sollte.

Herr Skałkowski legt ein größeres Gewicht auf die Intensität der Blutung, weil man die Frage der stattgefundenen Infektion nicht immer gleich entscheiden kann.

Herr Kośmiński möchte jeden Fall für inficirt ansehen, der außer vom Operateur noch von Jemandem untersucht wurde. Wichtiger noch, als die Zerquetschung der Wundränder des Uterus, ist der Zustand der Nachbargewebe. Darum würde er in jedem Falle rathen, sorgfältig zu drainiren.

Herr Sołowij konstatirt, dass er vor Kurzem noch der Laparotomie den ersten Platz einräumte; heute jedoch bei inficirten Fällen die vaginale Exstirpation vorziehen würde.

---

3) Aus den Verhandlungen der Société d'obstétrique de Paris.

Paris, G. Carré et C. Naud, 1900.

I. Keiffer (Brüssel) hält einen ausführlichen Vortrag über den feineren anatomischen Bau der Uterusnerven.

K. hat seine Studien an Präparaten von Thieren und von Menschen gemacht. Die Präparate wurden theilweise nach der Golgi'schen Methode behandelt, theilweise nach der Nissl'schen, d. h. mit Methylenblau gefärbt, dann sehr stark entfärbt, so dass nur noch die nervösen Elemente leicht gefärbt blieben.

Die Resultate seiner Untersuchungen, die nicht viel Neues bringen, sind kurz folgende: Die große Mehrzahl der nervösen Zellen des Uterus befindet sich in der Nähe der Gefäße. Die Nervenendigungen stehen in unmittelbarem Zusammenhange mit den Endothelien der Kapillaren; sie sind entweder »freie Endigungen«, oder sie sind mit einem Knopfe versehen. In der Nähe der Gefäße, und zwar meist an einer Bifurkationsstelle, finden sich Anhäufungen von Ganglienzellen, die man als selbstthätige Nervencentren ansprechen muss.

II. Guérin-Valmale und Reynès demonstriren einen anencephalen Wasserkopf mit vorzeitiger Verknöcherung des Schädeldaches. Die auffallende Verknöcherung des Schädeldaches kann die Diagnose »Wasserkopf« sehr erschweren.

III. Bar berichtet über einen eigenartigen Fall von Sectio caesarea mit tödlichem Ausgange. Die Operation war wegen einer Cystengeschwulst gemacht, jedoch die Cyste bei derselben zurückgelassen worden(?). Wegen Ileus musste eine sekundäre Laparotomie gemacht und ein Anus praeternaturalis angelegt werden. Exitus. Es zeigte sich, dass die Gegend des Cöcums durch einen von der Cyste ausgehenden peritonitischen Strang vollkommen abgeschnürt und dadurch unpassirbar geworden war.

Ferner theilt B. 3 Fälle von Gravidität mit, bei denen er das von Braun beschriebene Phänomen der unregelmäßigen Gestalt des Uterus und seiner verschiedenen Konsistenz bei Insertion des Eies in der Tubenecke in exquisiter Weise ausgebildet fand. Es wurde dadurch einmal eine Extra-uterin-Gravidität und einmal das Vorhandensein eines Myoms vorgetäuscht. B. konnte durch Touchiren direkt nach der Geburt beweisen, dass der Theil des Uterus, wo das Ei sitzt, die weichere Konsistenz zeigt.

Auch Budin verfügt über 2 Fälle, wo ähnliche Verhältnisse die Ursache zu der Fehldiagnose Extra-uterin-Gravidität abgegeben hatten.

IV. Macé demonstrirt das Präparat einer Placenta, die aus 6 vollkommen getrennt sitzenden Cotyledonen besteht.

Ferner berichtet M. über einen Fall von Schädelfraktur bei normaler Geburt. Es handelte sich um eine Sturzgeburt auf dem Klosett. Da das Kind sicher nicht auf den Boden gefallen war, erklärt sich M. den Fall so, dass der Kopf des Kindes beim Durchtritt auf das Klosett gedrückt worden wäre. Bar hält es für wohl möglich, dass es sich um eine Entwicklungsanomalie und nicht um eine richtige Fraktur gehandelt habe. (Das Kind war am Leben geblieben.

V. Marx machte bei einem Neugeborenen, bei dem er durch den Forceps eine große Impression hervorgerufen hatte, die bereits Lähmungserscheinungen ver-

ursachte, die Trepanation mit gutem Erfolge. Maygrier glaubt, dass das manuelle Redressement vielleicht auch zum Ziele geführt hätte.

I. Hellstrom (Helsingfors): Über den Stickstoffumsatz beim Neugeborenen.

H. bestimmte bei 3 Neugeborenen, die mit abgezogener Muttermilch ernährt wurden, die Menge der Nahrungszufuhr und die Ausgabe. Er fand, dass (wie schon bekannt) die N-Aufnahme und -Ausgabe bei dem Neugeborenen relativ viel größer ist als bei dem Erwachsenen; dass relativ wenig N verbrannt wird; dass der N-Ansatz im Anfange nur gering und erst am Ende der 1. Woche, wo die Gewichtszunahme ihr Maximum erreicht, größer wird. Von da ab wird die Gewichtszunahme geringer und damit auch die N-Verbrennnng eine vollständigere.

II. Jeannin: Infektion der intakten Eihöhle.

Eine Frau abortirte in Folge eines Sonnenstiches. In dem unverletzten Eihautsacke konnten verschiedene aërobe und anaërobe Bakterien nachgewiesen werden.

III. Boissard. Eklampsie im 4. Monate der Gravidität mit tödlichem Ausgange in Folge von Gehirnblutung.

Charakteristisch in klinischer Beziehung für diese Form der Eklampsie ist das langsame, konstante Ansteigen der Temperatur, das Bestehenbleiben des Komas noch nach der Geburt und (zuweilen) das Verschwinden der Albuminurie.

IV. Anderodias (Bordeaux): Fall von Eklampsie mit tödlichem Ausgange, komplicirt mit Ichthyosis.

A. glaubt, dass die letztere Erkrankung in Folge der durch sie bedingten Herabsetzung der Hautathmung zur Eklampsie prädisponire.

V. Bouchacourt demonstrirt einen Apparat zur radiographischen Bestimmung einzelner Beckenmaße.

Die komplicirten Einzelheiten müssen im Originale nachgelesen werden.

VI. Schwab berichtet über folgenden Fall: Insertio velamentosa der Nabelschnur; Zerreißung eines Nabelschnurgefäßes und intra-uterine Verblutung des Kindes.

VII. Bonnaire und Maury: Abort im 5. Monate. Hydrorrhoea gravidarum. Weiterentwicklung der Frucht außerhalb der Eihülle.

Engelmann jun. (Bonn).

4) Aus den Verhandlungen der Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris.

Paris, **G. Steinheil,** 1900.

I. Bouffe de Saint-Blaise theilt einen interessanten Fall von Uterus didelphys und Vagina duplex mit. Es handelte sich um eine IIIpara, die an einem jauchigen Abort zu Grunde gegangen war. Der eine Uterus erwies sich als gravid und der andere bot die Zeichen vorangegangener Gravidiät. Demnach hatten beide Vaginen ihrer Bestimmung gedient, was wohl eine ziemlich große Seltenheit ist.

II. Doléris und Melastie berichten über Versuche, die sie angestellt haben, um bei Kreißenden durch Injektion von Cocain in den Rückenmarkssack Analgesie hervorzurufen. (Ihre erste Publikation fiel mit derjenigen von Kreiss [Basel] zusammen.)

Die Versuche wurden an 25 Kreißenden angestellt, bei denen sonst wegen »pathologischen Schmerzes« Chloroform zur Anwendung gekommen wäre. Zur Anwendung gelangten 1—2 cg. Abgesehen von der Analgesie wurde auch eine Erhöhung der Wehenthätigkeit und eine Verminderung des Blutverlustes konstatirt. Die Dauer der Wirkung betrug $1^1/_2$—2 Stunden. Zuweilen war eine zweite Injektion nothwendig. Üble Folgeerscheinungen wurden kaum beobachtet: 1mal erhöhte Temperatur; 7mal Kopfschmerzen (Tuffier: in 95% der Fälle!). Die Wirkung soll unbedingt sicher, die Gefahr gleich Null sein.

In der Diskussion bemerkt Pinard, dass er den Begriff »pathologischer Schmerz« bei der Geburt nicht kenne; in seiner Praxis habe er es noch niemals nothwendig gehabt, der Schmerzen wegen Chloroform zu geben. Zudem würde die Gefahr des Eingriffs wohl unterschätzt und sei die Dauer der Wirkung doch eine zu kurze. **Engelmann jun.** (Bonn).

Neueste Litteratur.

5) Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. N. F. Bd. I. Hft. 12. (Arbeiten aus der Klinik v. Rosthorn in Graz.)

1) F. Kermauner (Graz). Zur Lehre von der Entwicklung der Cysten und des Infarktes in der menschlichen Placenta.

Der Inhalt der sehr gediegenen und an interessanten Details reichen Arbeit ist in folgenden Schlusssätzen wiedergegeben. 1) Die an der fötalen Fläche am häufigsten vorkommenden Cysten sind subchorial, das abziehbare Amnion so wie die über die Cyste verlaufenden großen Gefäße sind diagnostische Merkmale, in makroskopisch sichtbarer Form kommen sie in 56% aller Fälle vor. 2) Am häufigsten findet man sie an der reifen Placenta, doch wurden sie auch bei Aborten von 22 Wochen in derselben Form beobachtet. Ein wesentlicher Einfluss auf die Geburt, bezw. auf das Befinden der Frucht ist ihnen nicht zuzuerkennen. 3) Die Anordnung ist bis zu einem gewissen Grade charakteristisch, indem die am Rande liegenden Cysten häufiger sind, jedoch stets klein bleiben, während die in der Mitte der Placenta sitzenden sehr große Dimensionen annehmen können. 4) Die Cysten sind regelmäßig mit kleinen Infarkten verbunden, so dass schon aus dieser Gesetzmäßigkeit ein inniger Zusammenhang erschlossen werden kann, der übrigens auch aus mehreren histologischen Details hervorgeht. Zufällig können sie auch über große Infarkte zu liegen kommen. 5) Die Cysten entstehen durch Wucherung und hydropische Degeneration der Langhans'schen Zellschicht, welche dem Trophoblast entstammt. Eben so entstehen die Infarkte durch fibrinöse Degeneration der Trophoblastzellen. Das wird schon dadurch nahe gelegt, dass die Infarkte stets mit deutlichen Trophoblastresten in Verbindung stehen und durch die Infarkte auch die Cysten. 6) Diese Trophoblastreste sind an der reifen Placenta hauptsächlich repräsentirt durch Zellinseln, Zellbalken und durch die sog. Decidua foetalis. Bisher sind sie vielfach mit der mütterlichen Decidua für identisch erklärt worden.

2) M. Stolz (Graz). Ein Fall von Gebärmutterzerreißung bei der Geburt eines Hemicephalus mit Bemerkungen zur Ätiologie derselben.

Die 28jährige IVpara hatte seit 1 Uhr Nachts Wehen, um 8 Uhr wurde angeblich bei verstrichenem Muttermunde von der Hebamme die Blase gesprengt, seitdem Stillstand der Geburt. Als die Frau um 6 Uhr in die Klinik kam, stand der Schädel in linker Gesichtslage am Beckenboden, der Uterus war tetanisch kontrahirt, das untere Uterinsegment gedehnt, die Bandl'sche Furche jedoch nicht sichtbar. Große Unruhe und Schmerzhaftigkeit der Unterbauchgegend. Wegen Fiebers und drohender Uterusruptur wurde sogleich die Zange angelegt, die beiden ersten Male gelang das Adaptiren der Griffe nicht, beim 3. Male brach die Spitze des linken Löffels gegen den Schädel zu ein, wobei wässrige Flüssigkeit und Gehirn austrat. Als nun Behufs Perforation die Nägele'sche Schere in die rechte Orbita eingesetzt wurde, entschwand der Schädel plötzlich; die eingeführte Hand gelangte vorn in einen Riss. Kindestheile von außen sehr deutlich zu tasten. Bei der sofortigen Laparotomie wurde das Kind entwickelt und wegen des Fiebers, so wie der großen Ausdehnung des Risses, der sich bis in die Scheide fortsetzte, die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt. Heilung durch ein Infiltrat in der Fossa iliaca verzögert. Der 14 cm lange Riss beginnt 4 cm unter dem Ansatze des linken Lig. rot., zerstört die vordere Cervixwand und endet 4 cm unter dem

rechten Scheidengewölbe. Ein Kontraktionsring oder ein unteres Urinsegment ist als anatomisch gesonderter Theil nicht nachweisbar. Trotzdem lässt sich der starre, muskulöse Corpustheil sehr deutlich von der weichen Cervix abgrenzen, an der Grenze beider verlief die Ruptur. Grob makroskopisch (auch histologisch) lässt sich am Corpus eine äußere Längsfaserschicht der Muskulatur und eine innere Schicht unregelmäßig, meist querverlaufender Muskelfasern erkennen, beide Schichten lösten sich nach unten in eine einzige Längsfaserschicht auf, bis in der Cervix selbst makroskopisch keine Faserung mehr wahrzunehmen ist. Die schräge Abspaltung der Cervix vom Uterus entsprach gerade dem Übergange dieser Längsfaserschicht in die Cervix. Dieser Verlauf der Muskelfasern erklärt auch die Form der Risswunde, welche, innen tiefer beginnend, nach außen den Uterus gleichsam abschält, wobei die innere Schicht der unregelmäßig verlaufenden Fasern intakt bleibt. Der Verlauf der Muskelfasern lässt sich nur am kontrahirten Uterus richtig studiren, daher soll der Uterus erst gehärtet und dann erst aufgeschnitten werden. Die Überdehnung des Durchtrittsschlauches erfolgte hier, als das Kinn bereits in der Schamspalte sichtbar war, dadurch, dass in Folge des kurzen Halses und der starken Deflexion der hemicephalische Kopf zugleich mit den Schultern in den Beckeneingang trat, mithin ohne pathologische Fixation der Cervix, wofür auch die normalen Beckenmaße sprachen. Nach Veit und Sänger konnte im vorliegenden Falle nur Uterussegment oder die Vagina, nach Freund nur das Scheidengewölbe zerreißen. Thatsächlich sind Scheidengewölbe, Cervix und Uterussegment zerrissen. Der Fall zeigt somit, dass nach langer Dehnung des Durchtrittsschlauches die Festigkeit der Scheide und der Cervix mit dem unteren Uterussegment gleich ist. Pathologische Veränderungen der Muskulatur wurden histologisch nirgends, diejenigen der elastischen Fasern überall an der Cervix, nicht nur an der Stelle der Zerreißung gefunden, sind somit nicht eine Ursache der Ruptur, meist wohl überhaupt eine Folge der langdauernden Dehnung und der so bewirkten Ernährungsstörung. Da das Präparat sofort nach der Operation konservirt wurde, so hätte das Uterinsegment, wenn es aus der Cervix entstanden wäre, in Folge der Unmöglichkeit einer so raschen Rückbildung bei nicht kontraktilen Elementen hier konstatirt werden müssen; das Fehlen desselben beweist, dass die Entstehung auf den Gebärmutterkörper zurückzuführen ist, der durch Kontraktion eine augenblickliche Rückbildung möglich machte. Das Uterinsegment schwindet in den der Geburt folgenden Kontraktionen und erscheint in den Erschlaffungszuständen, ist somit nur ein funktionell, nicht anatomisch verschiedener Theil des Uteruskörpers. Das vorliegende Präparat spricht weiter dafür, dass die Disposition der Ruptur mehr in dem Muskel- als in dem elastischen Gewebe liegt und mechanische Momente dabei eine große Rolle spielen. Verlauf und Ausdehnung des Risses hängen ab vom Verlaufe der Muskelfaserung.

3) M. Stolz (Graz). Zur Abnabelung der Neugeborenen.

In sehr gründlicher Weise prüfte S. an je 50 Fällen die Abnabelungsverfahren 1) von Ahlfeld: (2zeitige Unterbindung, Abwischen mit Alkohol, Watte-Dauerverband). 2) von Martin: (2. Abnabelung mit Seidenfaden dicht am Nabelringe, Abtragung mittels rothglühender Brennschere, Watteverband, möglichst täglicher Wechsel) und 3) das an der Grazer Klinik versuchte Verfahren (gleich dem Martin'schen, jedoch Abtragung mit einfach steriler, nicht glühend gemachter Schere). In allen Fällen Unterlassung des täglichen Bades bis zum Abfalle des Nabelschnurrestes, Anwendung des sehr praktischen Flick'schen Schürzenverbandes (viereckiges umsäumtes Gazefleckchen, bei Knaben mit Billroth-Battist bedeckt, durch mehrere Bändchen fixirt, siehe Beschreibung), ein Verband, welcher die Aufgaben der Nabelbinden, die Wunde zu schützen, die Verbandstoffe zu fixiren, Verunreinigungen und Durchnässung abzuhalten, vorzüglich erfüllt, dabei leicht und luftig ist, um die Austrocknung des Nabelschnurrestes nicht zu verzögern, und außerdem sehr leicht zu öffnen und zu schließen ist. Die Versuche ergaben, dass das Martin'sche wie das Ahlfeld'sche Verfahren gleich wirksam sind gegen Infektion des Stumpfes, beide sind in dieser Beziehung jedem anderen Verfahren überlegen. Das Martin'sche hat nebstdem den Vorzug der Raschheit der Mumifikation,

des Nabelabfalles und der Nabelheilung. Die Nachtheile der Martin'schen Abnabelung: die Möglichkeit der Verbrennung der kindlichen Haut, ist bei entsprechender Vorsicht (Bedeckung mit feuchten Tupfern) und das Durchschneiden des Seidenfadens dadurch leicht zu vermeiden, dass man nicht früher als 1 bis $1^1/_2$ Stunde nach der Geburt zum 2. Male abnabelt, da dann der Nabelschnurstrang schon zusammengefallen ist. Die versuchte Methode, obwohl in der Kürze der Heilungszeit allen voran, ist wegen der größeren Infektionsgefahr vorläufig nicht zu empfehlen. Das Martin'sche Verfahren ist allen vorzuziehen. Unerlässliche Grundsätze der Nabelbehandlung sind: strengste Asepsis (die Nabelheilung jedes Kindes sollte der Arzt überwachen), möglichste Kürzung der Nabelschnur, zweiseitige Ligatur (die definitive erst nach 1 Stunde). Anwendung dünner Bändchen oder Seide, Bedeckung des Nabelschnurrestes mit austrocknenden, antiseptischen Pulvern, zweckmäßiger Dauerverband, Vermeidung des Bades vor dem Nabelabfalle, auch der 1. Verbandwechsel soll nicht früher vorgenommen werden.

4) E. Kermauer (Graz). Ein Fall von intra-uteriner Spontanamputation.

An dem (wegen Stirnlage bei Beckenenge) durch Perforation entbundenen Kinde fehlte die große Zehe des rechten Fußes, an der Spitze des Stumpfes derselben fand sich eine radiäre Narbe mit einer kleinen Kruste bedeckt, ringförmige Schnürfurchen an der 2. Zehe dieses und der 3. Zehe des linken Fußes. Um die Nabelschnurinsertion an der Placenta lag ein weißer, faltiger Sack, dessen Übergang in die Nabelschnurscheide sich leicht feststellen ließ. Hierdurch so wie durch das auch mikroskopisch sichergestellte Fehlen des Amnion an der (glatten) Innenfläche der Placenta musste der Sack als Überrest des Amnion bestimmt werden. Gegenüber der Hypothese der plastischen Entzündung bietet der Fall auf Grund des einfachen objektiven Befundes eine Stütze für die traumatische Entstehung der Simonart'schen Bänder. Schon ein ganz geringfügiges, von der Frau, welche schwer arbeiten musste, gar nicht bemerktes Trauma konnte die Verletzung des Amnion (ohne Eintritt einer Blutung) bewirkt haben.

5) P. Mathes (Graz). Zur Kasuistik und Genese der Hämatosalpinx bei einseitig verschlossenem doppelten Genitale. Ruptur. Laparotomie. Heilung.

Das 15jährige Mädchen war seit ca. 1 Jahr menstruirt, Anfangs schmerzlos, später mit immer heftigeren Schmerzen, die schließlich kontinuirlich wurden. Die Untersuchung (wegen starker Spannung der Bauchdecken in Narkose) ergab eine die rechte Beckenhälfte einnehmende faustgroße Hämatometra, welche durch vaginale Incision und Drainage behandelt wurde. Die sich entleerende Flüssigkeit war sehr spärlich und wurde bald übelriechend. Am 5. Tage trat plötzlich (Pat. war wiederholt aufgestanden) ein Collaps mit Zeichen innerer Blutung auf. Bei der Laparotomie wird eine in reichliche, dicke Adhäsionen eingebettete, rechtsseitige, auffallend stark geschlängelte Hämatosalpinx mit Mühe entfernt, aus deren bohnengroßer Perforationsöffnung sich reichlicher Eiter mit Blut in die Bauchhöhle ergossen hatte. Behufs Anlegung einer breiten Drainageöffnung nach unten war an eine isolirte Abtragung der rechten Genitalhälfte nicht zu denken' desshalb Radikaloperation mit Zurücklassung des normalen linken Ovariums. Glatte Heilung. Das Präparat zeigt einen Uterus duplex bicornis mit Atresie der rechtsseitigen Collumhälfte (bei einfacher Scheide). Beide Cervixhälften sind durch eine 2 cm dicke muskulöse Zwischenwand verbunden. Der Verschluss der Cervix ist gewiss angeboren, der Tubenverschluss dagegen erworben, jedoch nicht, wie jetzt vielfach angenommen wird, durch infektiöse Entzündungsprocesse, da es sich um eine Virgo handelte und das linke Genitale vollkommen frei war von Veränderungen. Anscheinend führte die immer zunehmende, durch die krampfhaften Uteruskontraktionen noch gesteigerte venöse Stauung zu starker Hyperämie und Entzündung der rechten Tube, die durch ihren infantilen Bau am leichtesten erkranken konnte. Im Anschlusse hieran kam es zu circumscripter Peritonitis mit Adhäsionsbildung und Verlöthung des Fimbrienendes. Damit stimmt auch, dass

die an der kranken Genitalhälfte histologisch nachgewiesenen Zeichen von Stauung und Entzündung hauptsächlich die peripheren Schichten der Tube betrafen.

Piering (Prag).

Verschiedenes.

6) **A. Jahn** (Breslau). Über Urachusfisteln.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Bei einem 5jährigen Knaben entleert sich aus einer trichterförmigen Vertiefung im Nabel Urin, bei Verschluss dieser Öffnung Entleerung durch die Blase mit schwachem Strahl. Eine Sonde, durch die Öffnung geführt, trifft eine durch die Harnröhre eingeführte. In der entleerten Flüssigkeit Harnsäure. v. Mikulicz operirte, indem er den Nabel umschnitt und den Gang bis zur Einmündungstelle in die Blase herauspräparirte und excidirte und die Blasenwunde vereinigte. Glatte Heilung und Dauererfolg. Bei der Behandlung ist stets auf Hindernisse in der Harnentleerung zu achten (u. A. auch Phimose), die Ursache des Offenbleibens des Urachus sein können. Urachusfisteln können aber auch auf dieselbe Weise erworben werden, wenn bei Harnstauung der Urin in den Urachus tritt, ihn dehnt und schließlich im Nabel durchbricht. Die lediglich referirenden Ausführungen über diese ziemlich gefährliche Erkrankung müssen in Originale verfolgt werden.

Calmann (Hamburg).

7) **E. O'Neil Kane** (Keme, Pennsylvanien). Einfache Vorrichtung zur schleunigen Hypodermoklysis bei Chok.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1900. März 3.)

Die vorgeschlagene Vorrichtung ist in der That sehr einfach: ein Schlauch wird in ein Gefäß mit der einzuspritzenden Kochsalzlösung gehängt und an der anderen Seite mit mehreren Gummischläuchen in Verbindung gesetzt, welche am freien Ende die Subkutan-Nadeln erhalten. Fehlt der hierzu nöthige Apparat, so kann man noch einfacher offenbar auch den 1. Schlauch ganz fortlassen und sogleich mehrere mit Nadeln armirte Gummischläuche in die Flüssigkeit eintauchen lassen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

8) **Scudder** (Boston). Geschwülste der Brust.

(St. Paul med. journ. 1900. Januar.)

S. lenkt u. A. die Aufmerksamkeit darauf, dass gutartige Cysten, Retentionscysten der Brust, sehr wohl durch Punktion entleert werden können, ohne weitere Störungen zu veranlassen. Eine weitere ganz unschädliche Form von Cysten ist die bei älteren Frauen zuweilen auftretende Involutionsform, eine cystische Degeneration der Brust. Diese zu erkennen wird wohl nicht gelingen und wird ihre Benignität sich wohl erst nach der Operation durch die mikroskopische Untersuchung feststellen lassen. Eine 3. Cystenform zeigt papillomatöse, adenomatöse, sarkomatöse oder carcinöse Wucherungen an der Innenwand. Hier finden sich die Lymphdrüsen der Achselhöhle geschwollen, was bei den anderen Formen nicht der Fall ist.

Auch Tuberkulose der Brust kommt vor, es handelt sich dann um alte Fisteln und chronische Abscesse, in deren Inhalt sich Tuderkelbacillen vorfinden, mit Gewebsverhärtung ringsum.

Lühe (Königsberg i. Pr.).

9) **Foerster** (New-York). Gynäkologische Fälle und Präparate.

(New Yorker med. Monatsschrift 1900. März.)

Der erste der mitgetheilten Fälle hat ein allgemeineres Interesse. Es handelt sich um Brand der Gebärmutter und Scheide, welcher aufgetreten war, nachdem ein Arzt die Frau intra-uterin behandelt hatte und auf seine Verordnung dann Einspritzungen heißer Karbollösung, $1^1/_2$ Esslöffel auf 1 Liter Wasser, gemacht worden

waren. Es schien, als sei das Wasser stets sehr heiß benutzt und als sei die Karbolsäure nicht genügend gelöst worden, so dass theilweise auch reine Karbollösung mit dem Gewebe in Berührung getreten war. Die Sache endigte in Bildung einer Kloake von Kleinfingerweite, in welche Blase und Mastdarm mündeten und in der sich noch jederseits ein Streifen gesunder Schleimhaut als Überrest der früheren vorfand. Die Frau beging Selbstmord, merkwürdigerweise wieder durch Einnehmen von Karbolsäure.

Bei einer Frau fand sich neben einer Pyosalpinx frei auf einem Konvolut von Därmen, Eileiter und Eierstock liegend ein Distoma lanceolatum lebend frei in der Bauchhöhle; außerdem bestand eine in dem untern Theile des Mastdarmes führende Kothfistel, die sich spontan schloss. Es muss dahingestellt bleiben, ob der Parasit von dem Mastdarme aus in die Bauchhöhle eingedrungen, oder in den Genitaltractus eingewandert und die Veranlassung zu der Eiterbildung in der Tube geworden ist.

Bei einem im Übrigen wohlgebildeten Mädchen fand sich vikariirende Menstruation durch die Brustwarzen, Ektopie der Blase und gänzliches Fehlen der Scheide. Statt dieser fand sich ein strangartiges Gebilde in der Mittellinie und ein kleines Knötchen links als Rest des Eierstockes; die Harnröhre war durch Coitus stark ausgedehnt. **Lühe** (Königsberg i. Pr.)

10) **Glenn** (Dublin). Excision des Coccyx wegen Dislokation mit schwerer, vieljähriger Coccygodynie.

(Dublin journ. of med. science 1900. Januar.)

3 Wochen post op. war der Schmerz bedeutend gebessert. — Dr. Kidd hat 3mal so operirt, 1mal mit prima intensiv; 2mal mit vollkommenem Erfolge.

Zeiss (Erfurt).

11) **F. Neugebauer.** Abermals 10 Fälle von zufälliger Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Schwamm, Tupfer etc.) in der Bauchhöhle.

(Medycyna 1900. No. 42. [Polnisch.])

Ref. fügt den 1899 von ihm in der »Medycyna« veröffentlichten 101 Beobachtungen mehrere neuere hinzu.

Es sind dies außer den von Ref. in seinem Aufsatze in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. Bd. XI. Hft. 4 schon berücksichtigten Fällen die Beobachtungen von Prochownick und von Schröder. Prochownick zeigte Ref. gelegentlich eines Besuches in Hamburg die eine Hälfte einer Köberlé'schen Arterienklemme, welche einige Monate nach einem Bauchschnitte spontan auf dem Wege der Eiterung durch einen Abscess in der Schnittnarbe entfernt worden war, die andere Hälfte des Fremdkörpers wird wohl auf dem gleichen Wege zur Ausscheidung gelangen. In dem von Schröder mitgetheilten Falle wurde anderthalb Jahre nach einer Ventrifixatio uteri ein Tumor durch Bauchschnitt entfernt. Einige Monate nach der ersten Operation stetig zunehmende Leibschmerzen und erschwerte Stuhlentleerung, rechts oberhalb des Uterus seitlich eine druckempfindliche Geschwulst gefunden. Beim zweiten Bauchschnitte fand sich daselbst ein vom Dünndarme ausgehender Tumor mit dem Netze verwachsen. Bei Lösung der Verwachsungen riss der Darm unter reichlicher Eiterentleerung ein. Der Tumor war eine eiterumspülte vergessene Gazekompresse. Der Fremdkörper hatte anderthalb Jahre in der Bauchhöhle zugebracht, die Darmrisswunde wurde vernäht. (Selbstbericht.)

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. Sonnabend, den 23. März. 1901.

Inhalt.

I.

Über äufsere Überwanderung des Eies, deciduale Reaktion der Tube und Tubenschwangerschaft.

Von
Prof. **Albert Sippel** in Frankfurt a/M.

Die seiner Zeit von mir hervorgehobene Thatsache, dass bei Tubenschwangerschaft verhältnismäßig recht häufig das Corpus luteum verum in dem Ovarium der entgegengesetzten Seite sich befindet, dass also eine äußere Überwanderung des Eies stattgefunden hat, ließ mich darin mehr als einen Zufall sehen. In einem Vortrage sprach ich desshalb im Jahre 1892 die Vermuthung aus, dass zwischen dem Entstehen einer Tubenschwangerschaft und der äußeren Überwanderung vielleicht ein ätiologischer Zusammenhang bestehe, und führte des näheren aus, in welcher Weise sich ein solcher Zusammenhang konstruiren lasse. In Folge der inzwischen von Anderen und mir gemachten weiteren derartigen Beobachtungen sprach ich mich im Jahre 1897 (2) dahin aus, dass die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges an Wahrscheinlichkeit für mich wesentlich gewonnen habe. Nachdem durch meine Mittheilungen die Aufmerksamkeit für die Sache geweckt war, wurden von verschiedenen Seiten weitere An-

gaben über das Vorkommen der äußeren Überwanderung bei Tubenschwangerschaft gemacht. Speciell Gottschalk konnte das Zusammentreffen von äußerer Überwanderung mehrfach nachweisen.

In dem vorzüglichen, von A. Martin herausgegebenen Werke »Die Krankheiten der Eileiter« vom Jahre 1895 steht p. 310 Folgendes: »Die Hypothese von Sippel, dass im Verlaufe der äußeren Überwanderung das Ei zu groß geworden sein kann, um den engen Kanal der Tube zu passiren, muss zurückgewiesen werden, da sicher anzunehmen ist, dass das Volum des Eies, welches bei seiner Wanderung durch die Tube nur eine minimale Vergrößerung erleidet, auch auf dem Wege durch die Bauchhöhle unverändert bleiben wird.« — Ich hatte die Möglichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges in folgender Weise dargestellt: »Das Ei wird in der Bauchhöhle befruchtet. Es beginnt sofort seine Umwandlung. Bis es in das Tubenostium der anderen Seite gelangt, vergeht so viel Zeit, dass das Ovulum in seiner Umwandlung bereits jenen Entwicklungsgrad erlangt hat, der einmal seine Oberfläche rauh macht und somit sein Weitergleiten erschwert, und der ihm ferner die Eigenschaft giebt, den specifischen Reiz auf die Tubenschleimhaut auszuüben, welcher vom befruchteten Ei ausgehend dieselbe anregt, ihre Umwandlung in Decidualgewebe durchzumachen. Es ist nicht die Tubenschleimhaut, welche aus sich heraus zur Decidua wird, denn sonst müsste sie es (wie die Uterusschleimhaut bei Tubenschwangerschaft) in jeder Schwangerschaft werden, es ist das in Entwicklung begriffene Ei, welches durch den Kontakt seiner aktiv thätigen Zellen den Reiz dazu abgiebt (3).«

Indem ich im Vorstehenden bei Martin und bei der Wiedergabe meiner Ausführungen die entsprechenden Worte durch gesperrten Druck hervorgehoben habe, bedarf es einer weiteren Erörterung über die irrthümliche Wiedergabe bei Ersterem nicht. — Nicht die Größe des Eies, die es durch äußere Überwanderung erreicht haben könnte, ist das muthmaßlich ätiologische Moment, sondern der Umstand, dass das befruchtete Ei noch, oder schon während es sich in der Tube befindet, jenen Entwicklungsgrad, jene eigene aktive Kraftwirkung erlangt hat, welche nöthig ist und welche allein dazu im Stande ist, die Tubenschleimhaut in einen zur Nidation geeigneten Boden umzuwandeln. Dies ist bei der ganzen Frage das Punktum saliens, und ich bin jetzt noch eben so wie früher (2) der Ansicht, dass man bei der Erforschung der Ätiologie der Tubenschwangerschaften die Fragestellung vorzugsweise in der Richtung wirken lassen soll, dass man die Momente klar zu stellen sucht, welche es dem Ei ermöglichen, sich schon in der Tube bis zu jener Kraftäußerung zu entwickeln. Diese Momente können ja sehr mannigfaltiger Art sein, dass aber die äußere Überwanderung dazu die Ursache abgeben kann, ist theoretisch möglich, und mehr als eine Theorie wollte ich ja auch nicht aussprechen. Dazu gehört freilich, dass in der That in diesen Fällen die Befruch-

tung in der Bauchhöhle stattfindet. Dass dies der Fall sein kann, das beweisen uns die Fälle von ektopischer Schwangerschaft, in denen das Ovulum sich auf der Fimbria ovarica implantirte. Die große Eigenbewegung der Spermatozoen, welche ihnen gestattet, bei Schwangerschaft ohne Immissio penis durch die enge Öffnung des Hymen in den unteren Scheidenabschnitt ejakulirt, entgegen dem Wimperstrom durch das Cavum uteri bis in die Tube zu gelangen, wird ihnen wohl auch nach normalem Coitus das Hinaufgelangen bis in die Bauchhöhle unter günstigen Umständen ermöglichen[1]. Will man einen ätiologischen Zusammenhang zwischen äußerer Überwanderung und Tubenschwangerschaft leugnen, so müsste man bei dem so häufigen Zusammentreffen beider entweder annehmen, dass die äußere Überwanderung etwas ganz Gewöhnliches sei, oder dass das befruchtete Ei nicht aus dem zum Corpus luteum gewordenen Follikel stamme. Das Erstere anzunehmen verbietet das Gesetz der Zweckmäßigkeit in der Anlage der inneren Genitalien, das Letztere unser Wissen.

Warum diese äußere Überwanderung hier zu Stande kommt, kann man nur vermuthen. Möglicherweise wird das aus dem Follikel entleerte Ei von einer Darmschlinge durch ihre Peristaltik nach der anderen Seite verschoben. Es könnte aber auch der Fall sein, dass der Wimperstrom in der Umgebung des Tubenostiums der Seite, von welcher das Ovulum stammt, nicht vorhanden ist, weil auf dieser Seite das Flimmerepithel der Tube krankhaft geschädigt ist. Es würde sich dann der Wimperstrom der anderen Seite bis herüber zum Ovarium wirksam erweisen und das Ei hinüberführen können[2]. Dass die Wirkung des Wimperstromes keine ganz geringe ist, beweisen uns außer den Versuchen Pinner's mit Tusche die Experimente Lode's (4) mit Askaris-Eiern. Fehlender Wimperstrom in der nicht schwangeren Tube würde gleichzeitig eine Erleichterung in der Aufwärtsbewegung der Spermatozoen bedeuten. — Es sind dies Alles ja nur Erwägungen. Indessen dürfte es doch von Interesse sein, falls einmal wieder ein Todesfall durch Verblutung bei Eileiterschwangerschaft mit äußerer Überwanderung vorkommt, auf das Verhalten des Epithels der nicht schwangeren Tube zu achten. Fehlender oder ungenügend starker Wimperstrom könnte schließlich auch die Ursache sein, dass das Ovulum die zu seinem Ovarium gehörende Tube nicht vollständig passiren kann, und dass in dieser sich Schwangerschaft entwickelt. Dabei ist es recht wohl möglich, dass an einer Stelle der Tube die Schleimhaut ihren normalen Charakter behalten hat, denn normale Schleimhaut ist jedenfalls hier wie im Uterus Vorbedingung für die Implantation[3].

---

[1] Siehe Strassmann, Beiträge zur Lehre von der Ovulation etc. Archiv für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LII. p. 214.

[2] Siehe Hasse, Die Wanderung des menschlichen Eies. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXII.

[3] Siehe A. Martin, Berl. klin. Wochenschrift 1893. No. 22. O. Küstner, Sammlung klin. Vorträge N. F. 244/45. Hofmeier, Verhandl. der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg N. F. 28. 1894.

Es ist bekannt, dass Webster (5) das Zustandekommen der Tubengravidität darauf zurückführen will, dass die Eileiter in gewissen Fällen eine deciduale Reaktion besitzen, in anderen nicht. Diese deciduale Reaktion sei gleichsam die Folge einer Art von Entwicklungsfehler, ein Rückfall zu einem Säugethiertypus, bei welchem der Müller'sche Gang in ausgedehnterer Weise zum Fruchthalter verwendet wurde, als beim Menschen. Eine gleiche deciduale Reaktion, die nur einzelnen wenigen Fällen zukommen soll, nehmen Mandl und Schmit (6) an. Webster kam zu seiner Anschauung dadurch, dass er bei Eileiterschwangerschaften deciduale Veränderungen der Tubenschleimhaut auch an solchen Stellen fand, an denen das Ei nicht implantirt ist. Ja, er fand sie auch in der Tube der anderen Seite. Dass solche Veränderungen nur mit großer Vorsicht zu deuten sind, lehren die Untersuchungen Schmorl's (7) über gleiche Befunde am Peritoneum.

Mandl und Schmit kamen zu derselben Anschauung wie Webster auf folgendem Wege: Sie nehmen die Thatsache des Vorkommens einer Tubenschwangerschaft bei Thieren im Allgemeinen als feststehend an, obwohl ein sicherer Nachweis derselben nur für den Affen (8) besteht. Hiermit kommt indessen die vergleichende anatomische Forschung unmittelbar in der Nachbarschaft der Species: Homo sapiens an. — Die Fälle von Dohrn (9) und Carus, dieser bei ersterem citirt, so wie der Fall von Klebs (10) können als Beweis für das Vorkommen von Tubenschwangerschaft bei den entsprechenden Thieren nicht gelten. Dohrn beschreibt zwei frei in der Bauchhöhle eines Hasen gefundene Fruchtsäcke, die längere Zeit in Spiritus aufbewahrt waren, ohne dass die zugehörige Bauchhöhle hätte untersucht werden können. Dohrn vermuthet nur, dass es sich um Produkte einer Tubenschwangerschaft gehandelt haben könne. Carus freilich hatte den Fruchtsack in Verbindung mit Uterus und Ovarium vor sich und glaubte, dass es sich um eine Tubenschwangerschaft handele, schreibt aber selbst, dass die Substanz des Fruchthalters völlig gleich war »der des während regelmäßiger Schwangerschaft ausgedehnten Uterus«. Es kann sich hier demnach recht wohl um eine uterine Gravidität gehandelt haben. Klebs, der in der glücklichen Lage war, drei zu beiden Seiten der Wirbelsäule frei in der Bauchhöhle gelegene Fruchtsäcke eines Kaninchens im Zusammenhange mit dem übrigen Leibesinhalte untersuchen zu können, beschreibt die zugehörigen inneren Genitalien (11) wie folgt: »Die Uterushörner waren etwas stärker entwickelt, wie bei einem nicht schwangeren Thiere, die Tuben von normaler Weite und Lagerung. Die Uterus- und die Tubenwandung, welche ihrer Länge nach aufgeschnitten wurden, waren vollkommen unverletzt (makroskopisch. d. Verf.). Die Schleimhaut des Uteruscavums blass und gewulstet, mit weißlichem Schleime bedeckt, das Lumen desselben vielleicht etwas weiter als gewöhnlich; die Vagina ohne Veränderung.« — Klebs selbst ist der Ansicht, dass es sich um intra-uterin ent-

wickelte Eisäcke handele, welche durch eine beiderseits gleichmäßig wirkende Ursache (Trauma) durch den Kanal der Tuben in die Bauchhöhle ausgestoßen seien. — Alle diese Fälle sind nicht genügend aufgeklärt. Jedenfalls können sie nicht als Beweis für das Vorkommen von Tubenschwangerschaft bei diesen Thieren angesehen werden, da die frei im Abdomen liegenden Fruchtsäcke schließlich eben so gut durch Trauma aus dem Uteruscavum ausgetreten sein können, wie aus der Tube.

Demnach können diese Fälle als Beweis dafür, dass Tubenschwangerschaften bei den von Mandl und Schmit zu ihren Versuchen benutzten Thieren (Ratte, Kaninchen, Meerschweinchen, Hund), welche der Species Homo sapiens ferner stehen, unzweifelhaft vorkommen, nicht angesehen werden. Nach Waldeyer's Mittheilungen (8) bezeichnet Schütz, der pathologische Anatom der Berliner thierärztlichen Hochschule, die ektopischen Schwangerschaften als bei Thieren im Allgemeinen nicht selten, indessen ist aus dieser allgemeinen Angabe für unsere Frage nichts Bestimmtes zu entnehmen. Bei Franck-Göring, Thierärztliche Geburtshilfe, 3. Auflage, worauf sich Waldeyer so wie Mandl und Schmit beziehen, findet sich p. 195 die Angabe, dass Extra-uterin-Schwangerschaften bei Thieren hin und wieder vorkommen, am häufigsten beim Kaninchen und Hasen. Sie werden eingetheilt in Eileiter-, Eierstocks- und Bauchhöhlenschwangerschaften. Besonders wird auf die Insertion auf der Serosa hingewiesen, ein Vorgang, den wir beim Menschen bis dahin leugnen. § 208 heißt es dann weiter: »Neben den echten Extra-uterin-Schwangerschaften finden sich auch unechte vor, und zwar durchgängig Bauchhöhlenschwangerschaften. Sie stellen das größte Kontingent zu den Extra-uterin-Schwangerschaften überhaupt. Sie entstehen auf die Weise, dass durch äußere oder innere Ursachen der Uterus einreißt und die Frucht, noch in die Eihüllen eingeschlossen, in die Bauchhöhle hineinfällt« etc. Es wird dann ein völliges Austreten des ganzen Eies aus dem Uterus angegeben, wie ich oben für den Klebs'schen Fall es als wahrscheinlich bezeichnete, so wie die Möglichkeit, dass der Zusammenhang mit den Kotyledonen erhalten bleibt und die Frucht in der Bauchhöhle vom Uterus aus weiter ernährt wird (was ja neuerdings auch beim Menschen beobachtet ist). Im Texte finden sich keinerlei Belege für das Vorkommen dieser Abnormitäten. Die Litteraturangaben am Schlusse datiren fast alle aus einer Zeit, zu welcher beim Menschen noch herzlich wenig über ektopische Schwangerschaften bekannt war. Ob damals schon bei Thieren derartig exakte Untersuchungen vorgenommen wurden, dass man über Implantation auf der Tubenschleimhaut, der Serosa und dem Ovarium mit Bestimmtheit sprechen konnte, möchte ich bezweifeln, ohne dies jedoch widerlegen zu können, da mir die betreffende Litteratur nicht zugänglich war.

Innerhalb einer Zeit (1—3 Tage post coitum), während der sie auf Grund der Untersuchungen Bischoff's (12), Reichert's (13),

van Beneden's (14) und Sobotta's (15) das in der Tube befruchtete Ei noch nicht in das Cavum uteri herabgetreten glaubten, banden Mandl und Schmit die Tuben an deren Übergangsstelle in den Uterus ab. In keinem Falle trat Tubenschwangerschaft ein; aber auch keine uterine Schwangerschaft kam zu Stande, so dass daran, dass durch die Ligatur die Eier in der Tube zurückgehalten wurden, ein Zweifel nicht bestehen kann. — Dem möglichen Einwande, dass in diesen Fällen überhaupt keine Befruchtung stattgehabt habe, begegnen sie damit, dass sie in einer zweiten Versuchsreihe nur die Tube einer Seite abbanden. Darauf fanden sie regelmäßig Tube und Uterus der ligirten Seite steril, dagegen normale Eientwicklung auf der unverletzten Seite. — Der weitere Einwand, dass die Ligatur der Tube zu einer Zeit nach der Kohabitation erfolgt sei, zu welcher Spermatozoen überhaupt noch nicht bis zu ihr hinauf gedrungen seien, begegnen sie mit der Angabe, dass Bischoff Spermatozoen schon 20 Stunden post coitum am Ovarium fand, dass nach Reichert die Befruchtung des Eies nach 10—20 Stunden und nach Sobotta dieselbe bei der Maus schon nach 6—10 Stunden eintrete, während ihre Ligaturen stets erst nach 24 Stunden angelegt seien. Demnach würde, falls wirklich das Vorhandensein von Spermatozoen in der Tube zur Zeit der Ligirung als unzweifelhaft anzusehen ist, durch diese hoch interessanten und sehr exakt ausgeführten Versuche der sichere Nachweis geliefert sein, dass Tubenschwangerschaft bei den oben angeführten Thieren durch einfache mechanische Zurückhaltung der befruchteten Eier nicht hervorgerufen wird. Vollständig würde der Nachweis aber erst dadurch werden, dass man an den in den ligirten Tuben zurückgehaltenen Eiern, deren Auffinden mikroskopisch gelang, nicht nur (16) anscheinend fettige Degeneration nachweisen würde, sondern wenn durch eingetretene Furchungsvorgänge an denselben die stattgehabte Befruchtung über jeden Zweifel festgestellt wäre. Denn die Furchung kann durch die Ligatur der Tube gewiss nicht verhindert werden.

Demnach glaube ich nicht, dass die Folgerungen, welche Mandl und Schmit an ihre schönen und interessanten Versuche knüpfen, ohne Weiteres Geltung haben können. Denn einmal ist es nicht sicher, ob die in Betracht kommenden Thiere überhaupt Tubenschwangerschaft produciren können, und zweitens fehlt immerhin der exakte Nachweis wirklich stattgehabter Befruchtung der in der ligirten Tube zu Grunde gehenden Ovula. Die Folgerung also, dass in diesen Fällen Tubenschwangerschaft desshalb nicht aufgetreten sei, weil die Tubenschleimhaut keine deciduale Reaktion besaß, während diese in anderen seltenen Fällen derselben Thierspecies vorhanden sei, kann nicht wohl als einwandsfrei bestehen. Dem Ausbleiben einer Tubenschwangerschaft können hier auch andere Ursachen zu Grunde gelegen haben, und es ist überhaupt fraglich, ob diese Thiere tubargravid werden können.

Ist aber wirklich eine nur gewissen Tuben eigene deciduale Reaktion die nothwendige Voraussetzung einer Tubenschwangerschaft, so gehört immerhin, wie ich früher schon gegenüber Webster betonte, und wie auch Mandl und Schmit anerkennen, noch ein weiterer Faktor dazu, nämlich eine Veranlassung, welche das befruchtete Ovulum noch zu einer Zeit in der Tube verweilen lässt, zu welcher es so weit entwickelt ist, dass es seine thätige Einwirkung auf die decidual reagirende Tubenmucosa ausüben kann, um diese Reaktion hervorzurufen. Anderenfalls wäre es unerklärlich, warum solche Frauen das eine Mal uteringravid werden, das andere Mal tubar. Mann müsste denn geradezu annehmen, dass nur die Tube einer Seite decidual reagire, die der anderen Seite, durch welche hindurch uterine Schwangerschaft eintrete, nicht. Hiergegen spricht das Auftreten von Tubenschwangerschaft bei derselben Frau einmal links und einmal rechts, oder umgekehrt.

Ob man den Begriff der »decidualen Reaktion« der Tubenschleimhaut in Zukunft überhaupt noch wird festhalten können, muss fraglich erscheinen. Der bis vor Kurzem allgemein gehegte Glaubenssatz, dass zur Bildung einer Tubenschwangerschaft die Bildung einer Decidua serotina gehöre, ist erschüttert worden. Fritz Kühne (17) leugnet das Vorhandensein einer Decidua serotina bei Tubenschwangerschaft vollständig. Kreisch (18) bestätigte dies. Ulesko-Stroganowa (19) kommt durch ihre zahlreichen Untersuchungen ebenfalls zu dem Resultate, dass sich eine Decidua in der Tube nicht bilde. Das, was früher für Decidua gehalten wurde, ist nach den Ergebnissen ihrer Arbeit nichts, als eine außergewöhnlich stark wuchernde Langhans'sche Zellschicht. »Die Elemente des Zottenüberzuges senden üppige Wucherungen ins submuköse Gewebe, hauptsächlich in die intermuskulären Bindegewebssepta«. Bestätigen sich diese von drei verschiedenen Forschern gleichmäßig gemachten Angaben, so wird man in Zukunft von decidualer Reaktion der Tube überhaupt nicht mehr sprechen können. Einstweilen muss man jedoch mit der Möglichkeit rechnen, dass diese Bestätigung vielleicht ausbleibt. Denn für die Wahrscheinlichkeit einer decidualen Reaktion der Tubenschleimhaut bei Tubenschwangerschaft spricht einmal die Thatsache, dass sich im Stroma derselben im nicht schwangeren Zustande eben solche Rundzellen finden, wie in dem Stroma der Mucosa uteri, wenn auch nicht so dicht beisammen. Es liegt nahe, den gleichen Zellen eine gleiche Entwicklungsfähigkeit zuzutrauen. Ferner erscheint sowohl die Trophoblastwucherung des Eies als die Bildung des intervillösen Kreislaufes nur möglich, wenn ein zu gleicher Zeit leicht modellirbares und doch wieder außerordentlich aktives Gewebe, wie es die Decidua, die hinfällige Haut, zu Beginn der Schwangerschaft ist, das Ovulum umgiebt. Dass diese Deciduabildung, den anatomischen Verhältnissen entsprechend, eine wesentlich geringere sein muss, als im Uterus, und desshalb frühzeitig schwinden oder undeutlich werden kann, darf man annehmen. Vielleicht ist zum

Zustandekommen einer Tubenschwangerschaft gerade eine lokale oder allgemeine außergewöhnliche Stärke des Schleimhautstromas des betreffenden Eileiters nöthig, denn eine Einbettung des Ovulums nach Art des Peters'schen Eies setzt immerhin einen größeren Dickendurchmesser des Stromas voraus, als dies in der Tube gemeiniglich der Fall ist. — Das kann man heute jedoch behaupten, dass zur Nidation des befruchteten Ovulum in der Tube zunächst nicht eine deciduale Reaktion, also eine Reaktion im Gebiete des Bindegewebes gehört, sondern eine epitheliale, denn die primäre Einbettung des Eies erfolgt ja nach den Aufsehen erregenden und wohl allgemein zustimmend beurtheilten Befunden von Peters (20) nicht durch eine von innen nach der Schleimhautoberfläche hin wirkende Reaktion des Bindegewebes, sondern das Epithel giebt die erste Antwort auf den aktiven Reiz des befruchteten Ovulum, es weicht vor der durch das Sperma geweckten, individuell selbständig wirkenden Kraftentwicklung des keimenden Ovulum, es giebt nach, geht zurück, und das Ovulum senkt sich in das Epithel hinab. Das Epithel der Tube aber ist das gleiche, wie das des Cavum uteri.

Litteratur.

1) Deutsche med. Wochenschrift 1892. No. 37.

2) Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol. 1897. Bd. V. Hft. 5.

3) Deutsche med. Wochenschrift. l. c.

4) Archiv für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XLV.

5) Webster, Die ektopische Schwangerschaft. Berlin 1896. Deutsch von Eiermann.

6) Mandl und Schmit, Beiträge zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Eileiterschwangerschaft. Archiv f. Geb. und Gyn. Bd. LVI.

7) Schmorl, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. V. Hft. 1.

8) Waldeyer, Verhandl. der Gesellschaft f. Geb. und Gyn. Berlin. Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. XXVII.

9) Virchow's Archiv Bd. XXI.

10) Virchow's Archiv Bd. XXXIII.

11) l. c. p. 537.

12) Bischoff, Entwicklungsgeschichte des Kaninchens. Braunschweig 1842.

13) Reichert, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Meerschweinchens. Abhandl. der Kgl. preuß. Akademie der Wissenschaften. 1861.

14) Van Beneden, La maturation de l'oeuf, la fécondation etc. chez les lapins. Bulletin de l'académie royale de Belgique T. XL.

15) Sobotta, Archiv für mikrosk. Anatomie Bd. XLV.

16) l. c. p. 416.

17) Fritz Kühne, Beiträge zur Anatomie der Tubenschwangerschaft. Marburg 1899.

18) Kreisch, Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Tubenschwangerschaft. Monatsschrift 1899. Bd. XI. Hft. 6.

19) Ulesko-Stroganowa, Anat. Veränderungen der schwangeren Tube etc. Monatsschrift 1900. Bd. XII. Hft. 6.

20) Peters, Über früheste menschliche Placentation. Monatsschrift 1899. Hft. 6.

II.

Temporäre Ventrofixation.

Von

Dr. med. **H. Rose** in Hamburg.

Der Fall, welcher mir Veranlassung gab, eine temporäre Ventrofixation auszuführen, ist folgender:

Eine 25jährige Beamtenfrau, welche sich stets bester Gesundheit erfreute, ist vor 3 Jahren nach 3jähriger steriler Ehe von anderer Seite einer Operation zur Erweiterung des Muttermundes unterzogen worden. Am 9. Oktober letzte Periode, Morgens Übelkeit, sonst keine Beschwerden. Am 13. December stürzte Pat. unter heftigen Leibschmerzen auf der Straße zusammen, verlor das Bewusstsein; nach Hause getragen kam sie wieder zu sich und wurde mir am 14. December von ihrem Arzte überwiesen, weil derselbe Extra-uterin-Gravidität vermuthete, eine Diagnose, der ich mich nur anschließen konnte.

Bei der sehr blassen Pat. bestand häufiges Erbrechen und intensive Leibschmerzen, der Leib stark aufgetriebeu und druckempfindlich, keine Dämpfung des Perkussionsschalles an den Seiten oder über der Symphyse. Mammae geschwellt und stärker pigmentirt, kein Colostrum auszudrücken. Scheide bläulich, Scheidengewölbe teigig anzufühlen, links vermehrte Resistenz. Bimanuelle Untersuchung wegen Schmerzhaftigkeit unmöglich. Puls klein und schnell, Athmung beschleunigt. Nach Eispillen vermindert sich das Brechen. Pat. erholt sich bis zum nächsten Tage etwas und wird dann nach dem Krankenhause Bethanien überführt. Am 16. December nimmt das Brechen wieder zu, Temperatur Abends auf 37,8.

Bei der am 17. December vorgenommenen Untersuchung in Narkose fand ich den Uterus ganz nach links hinten gedrängt durch weiche, etwas knirschend anzufühlende Massen, welche dem von der Vagina aus untersuchenden Finger ausweichen. Von oben rechts kein deulicher Tumor zu fühlen. Links vor dem vergrößerten Uterus eine apfelgroße, frei bewegliche, weich-elastische, nicht pulsirende Geschwulst, die für die schwangere Tube angesehen wird. Es musste sich um eine nicht abgekapselte Blutung in die freie Bauchhöhle aus dem noch erhaltenen Fruchtsacke handeln.

Die sofort angeschlossene Laparotomie zeigte zwischen den Därmen geronnenes Blut, den vergrößerten Uterus links, das kleine Becken sonst von Blutgerinnseln ausgefüllt, auf denen oben die frei bewegliche nirgends verwachsene linke Tube lag mit einer Gravidität in der Ampulle und einer kleinen Perforationsöffnung. Nach Abtragung der linken Adnexe und Entfernung der Gerinnsel zeigt sich das Peritoneum der hinteren Uterusfläche und des Douglas glanzlos und stark injicirt, der verdickte Uterus lag in Rückenlage der Pat. hinten fest auf, und es war sehr zu fürchten, dass Verwachsungen des Uterus an seiner Rückfläche sich bildeten, wenn nicht eine Ventrofixation gemacht wurde. Ich beschloss nun eine solche, aber nur vorübergehender Natur herzustellen, welche so lange halten sollte, bis der Douglas ausgeheilt sei.

Zu diesem Zwecke führte ich einen Katgutfaden stärkster Sorte etwa 2 cm rechts vom Bauchschnitte durch Fascie, Muskel und Peritoneum, nahm dann das rechte Ligamentum rotundum unmittelbar an seiner Abgangstelle vom Uterus mit auf die Nadel, führte letztere durch Peritoneum, Muskel und Fascie ca. 2 cm unter der Einstichstelle zurück, zog mittels des Fadens den Uterus am Ligamentum rotundum bis an die Bauchdecken und knotete den Faden auf der Fascie.

Es lag nun der durch den Faden gehobene kleine Theil des Ligamentum rotundum der Bauchwand direkt an, der Uterus stellte sich in Rückenlage der Pat. schief, so dass die der fixirten Seite entsprechende Kante nach vorn und

oben, die entgegengesetzte nach hinten und unten sieht, die Vorderfläche des Uterus ist mehr nach der nicht fixirten Seite gedreht. Wenn das Katgut, wie ich annehme, erst nach mehreren Tagen resorbirt ist, ist mit Wahrscheinlichkeit der Douglas ausgeheilt, ehe der Uterus zurücksinkt.

Der Erfolg hat diese Annahme bestätigt. Verlauf glatt. Am 14. Tage ist der Uterus in normaler Lage, frei gegen die Bauchwand verschieblich, nach hinten ganz frei. Pat. ohne Beschwerden.

Es ist nicht zu erwarten, dass aus einer solchen temporären Fixation eine dauernde wird, da die Verwachsungen, welche sich an dem ganz schmalen mit den Bauchdecken in Berührung kommenden Theile des Ligamentum rotundum bilden, schwerlich im Stande sein dürften, den Uterus vorn zu halten. Dieser ist dann wieder in seiner natürlichen Beweglichkeit. Es liegt mir fern, etwa die Beschwerden, welche gelegentlich nach Ventrofixation sich einstellen, in grellen Farben malen zu wollen, so viel ist aber unzweifelhaft, dass dieselben sich gelegentlich finden und für Pat. und Arzt das sonst gute Operationsresultat an Werth vermindern, und dass bei sonst gleichem Operationsresultate namentlich in konceptionsfähigem Alter ein in normaler Beweglichkeit sich befindender Uterus einem fixirten vorzuziehen ist.

Sollten einmal wirklich die Verwachsungen am Ligamentum rotundum nicht nachgeben, so hätten wir einen Zustand, wie er ähnlich ohne Schaden wiederholt bei den Alexander-Adams'schen Operationen erzielt ist, bei welchen ein Ligamentum rotundum nicht gefunden wurde oder abriss und der Uterus nur einseitig fixirt wurde.

Von einer Fixirung beider Ligamenta rotunda habe ich abgesehen, da dann auf beiden Seiten leicht Verwachsungen entstehen können, vor Allen aber der Uterus auch mit der Peritonealnaht des Bauchschnittes in dauernde Berührung kommt, und an diesen 3 Stellen entstandene schwächere Verwachsungen den Uterus dauernd fixiren und in ihren spaltartigen Zwischenräumen gelegentlich Veranlassung zur Incarceration von Darmschlingen geben können.

Bei dieser Operation habe ich Katgut genommen und mich auf das mehrtägige Erhaltenbleiben des Fadens verlassen; man kann aber, wenn man fürchtet, dass die durch das Halten des Katgutfadens bedingte Zeit nicht genügt, das Peritoneum zum Ausheilen kommen zu lassen, jedes beliebige nicht resorbirbare Nahtmaterial nehmen, es ist dann nur nothwendig, den Faden durch die ganze Dicke der Bauchdecken zu führen und außen auf der Bauchhaut, event. über einen Gazebausch zu knoten.

Auf diese Weise hat man es ganz in der Hand, an welchem Tage man will, die Ventrofixation durch Entfernung des Fadens aufzuheben. Zweckmäßig ist ein dickerer Faden, z. B. Seide, da feine, wie z. B. Silkworm, möglicherweise das Ligamentum rotundum durchschneiden könnten. Sind nach Entfernung großer Tumoren die Bauchdecken sehr schlaff, ist die Fixationsstelle entsprechend näher an das knöcherne Becken zu verlegen.

Kontraindicirt ist das Verfahren bei Fällen, in denen vorher bestehende Retroflexio oder Prolaps oder beide zusammen eine dauernde Ventrofixation erheischen; wenn das nicht vorliegt, ist es indicirt bei allen Laparotomien, in denen der Zustand des Beckenperitoneums die Entstehung von retro-uterinen Verwachsungen befürchten lässt, also namentlich bei Tumoren, welche sich im Douglas entwickelt und hier zu Verwachsungen, deren Trennung Wundflächen setzt, oder zu Peritonitis geführt haben, oder wie in meinem Falle bei durch Anwesenheit eines Fremdkörpers[1] bedingten peritonealen Reizerscheinungen.

Macht man Colpocoeliotomia anterior, so denke ich, wenn ich es auch noch nicht habe ausprobiren können, dass unter denselben Kontraindikationen und Indikationen nach dem gleichen Principe eine temporäre Vaginofixation ausführbar ist. Vor dem Zurückbringen des Uterus in die Bauchhöhle wird unter dem Ligamentum rotundum an der Abgangsstelle vom Uterus ein mit 2 Nadeln armirter Faden hindurch geführt, nach dem Zurückbringen beider Nadeln von der Bauchhöhle aus durch das stark herabgezogene, vom Uterus abgetrennte Peritoneum der vorderen Abtheilung der Excavatio vesicouterina unterhalb der hochgeschobenen Blase und durch die Scheidenwand gestoßen, der Faden, nachdem durch denselben der Uterus am Ligamentum rotundum nach vorn gezogen ist, in der Scheide geknotet. Das Peritoneum wird dann an der Abtrennungsstelle wieder auf den Uterus geheftet und die Scheidenwunde geschlossen.

Auch hier genügt wohl die einseitige Fixation und ist bei sehr zerfetzter vorderer Uteruswand vorzuziehen; bei doppelseitiger werden zwischen dem Uterus und der von normalem Peritoneum überzogenen, in ihrem Füllungszustande ewig wechselnden Blase sich wohl auch nicht leicht feste Verwachsungen bilden. Die temporäre Ventro- und wohl auch Vaginofixation sind also an Köliotomie oder Colpocoeliotomia anterior sich anschließende Hilfsoperationen, welche dazu dienen sollen, die Frauen vor lästigen retro-uterinen Verwachsungen zu beschützen, ohne sie dafür den gelegentlichen Schädigungen der dauernden Ventro- und Vaginofixation auszusetzen; dem Uterus soll die natürliche Bewegungsfreiheit gewahrt bleiben.

Die Frage kann nur durch die Praxis entschieden werden, das Material des Einzelnen reicht dazu nicht aus, darum übergebe ich das Verfahren schon jetzt der Öffentlichkeit, damit an dem reichen Materiale großer Kliniken die einschlägigen Erfahrungen gesammelt werden können.

---

[1] Blutgerinnsel.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

490. Sitzung vom 15. Oktober 1900.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Krönig: Zur abdominellen Totalexstirpation des Uterus.

K. steht im Allgemeinen auf dem Standpunkte seines Lehrers Zweifel, dass bei Myomen, welche wegen ihrer Größe oder der Art ihres Sitzes sich nicht vaginal entfernen lassen, die supravaginale Amputation des Uterus die Operation der Wahl ist, vorausgesetzt, dass überhaupt das Myom eine Indikation zur Operation abgiebt. Seine operativen Erfahrungen über die abdominelle Totalexstirpation des Uterus sind daher begreiflicherweise, da auch bei Carcinom des Uterus vorläufig an der vaginalen Entfernung des Uterus festgehalten wurde, nicht sehr große. Wenn er trotzdem die Technik der abdominellen Totalexstirpation zum Gegenstande seines Vortrages gemacht hat, so glaubt er die Berechtigung davon herleiten zu dürfen, dass er bei seinen Operationen die verschiedensten Methoden, welche zur abdominellen Totalexstirpation des Uterus angegeben sind, durchgeprüft hat; gleichzeitig erwartet er von der Diskussion für sich Belehrung.

K. hat die abdominelle Totalexstirpation entweder bei Uterussarkom oder bei Uterusmyom mit bestimmten Komplikationen gemacht. So wurde z. B. die abdominelle Totalexstirpation des Uterus bei einem Myom des Uterus ausgeführt, welches zahlreiche Cysten an der Oberfläche und im Inneren aufwies, weil es den Verdacht auf sarkomatöse Degeneration erweckte; die nachträgliche mikroskopische Untersuchung ergab allerdings nichts für Sarkom Sprechendes. Eben so wurde in einem 2. Falle bei einem Myom die Totalexstirpation des Uterus gemacht, weil das Myom in der Klimax der Frau sehr schnell gewachsen war; auch hier bestätigte die mikroskopische Untersuchung die Befürchtung nicht.

In weiteren Fällen gaben technische Schwierigkeiten die Indikation zur Totalexstirpation des Uterus ab; so war z. B. in einem Falle bei einem im Douglas eingekeilten, an der hinteren Cervixwand sitzenden Myom, welches bei der betreffenden Pat. schwere ischurische Erscheinungen hervorgerufen hatte, die bindegewebige Kapsel nach Enukleation des Myoms aus dem Douglas stark zerfetzt, und es blutete aus der hinteren Cervixwand aus zahlreichen Gefäßen. Da dieser so zerfetzte Stumpf nicht zurückgelassen werden konnte, wurde ebenfalls die Totalexstirpation des myomatösen Uterus gemacht.

Die Geschichte der abdominellen Totalexstirpation des Uterus bei Myomen reicht nicht weit zurück, und es ist dies der Grund, dass heute die Ansichten über die beste Wahl der Methode noch nicht geklärt sind.

Die Differenzen in den verschiedenen Methoden liegen

1) in der Art der Ausschälung der Portio vaginalis und der Cervix uteri aus ihrer Umgebung, wobei vor Allem die Art der Eröffnung der vorderen und hinteren Douglastasche verschieden durchgeführt wird,

2) in der Art der Versorgung der Gefäße der Ligamenta lata und der Parametrien und

3) in der Behandlung der Scheidenwunde und der Art des Abschlusses des Wundgebietes gegen die Peritonealhöhle.

Bei der Art der Auslösung der Portio stehen sich 2 Verfahren gegenüber. Eine große Zahl der Operateure zieht es vor, unter allen Umständen vom Abdomen aus die Auslösung der Portio zu besorgen, während Andere einen kombinirten Weg vorziehen, den abdominell-vaginalen. Bei der letzteren Methode differiren wiederum die verschiedenen Operateure in ihrer Technik; die Einen tragen zunächst abdominell den Uterus in der Höhe der Cervix supravaginal ab unter Versorgung des Stumpfes wie bei der Zweifel'schen Myomektomie; dann wird das

Abdomen provisorisch geschlossen und nun von der Scheide aus ähnlich wie bei der vaginalen Totalexstirpation des Uterus der Stumpf exstirpirt; Andere, und zu diesen bekennen sich vor Allem Döderlein, Bumm, beginnen die Operation vaginal mit Circumcision der Portio, Eröffnung des hinteren Douglas, stumpfer Ablösung der Blase von der Scheide, wenn möglich mit Eröffnung auch des vorderen Douglas, danach erst wird das Abdomen eröffnet und der Uterus aus seinen sonstigen Anhängen herausgelöst.

Die Mehrzahl der Operateure, unter ihnen Chrobak, Martin, Doyen, Olshausen, lösen stets ausschließlich abdominell die Portio aus ihren Anhängen heraus.

Die Technik ist hierbei allerdings bei den verschiedenen Operateuren verschieden. Chrobak benutzt ein besonderes Instrument, um sich das Scheidengewölbe emporzudrücken, die sog. Glockensonde, die Anderen verwenden keine besonderen Instrumente, sondern lassen sich das zu eröffnende Scheidengewölbe entweder durch die Finger des Assistenten oder durch eine Kornzange entgegendrücken.

Die Eröffnung des Scheidengewölbes wird von Doyen, Landau principiell als 1. Akt der Operation ausgeführt, während Andere vorher die Ligg. lata in Partien abbinden und dann erst gewöhnlich das hintere Scheidengewölbe zuerst eröffnen. Bevor an die Versorgung der Parametrien gegangen wird, muss selbstverständlich die Blase mit sammt den Ureteren nach vorn zu weggedrängt sein. Dies wird von einigen Operateuren als 1. Akt der Operation vorgenommen, indem sie nach Spaltung des Peritoneums zwischen Blase und Uterus vordringen bis zum vorderen Scheidengewölbe, um dieses zunächst zu eröffnen. Es hat dies manchmal gewisse Schwierigkeiten und sind Verletzungen der Blase hierbei beobachtet. Aus diesem Grunde wird von Martin, Landau und anderen Operateuren zuerst das hintere Scheidengewölbe eröffnet, dann, nach Hervorholen der Portio aus dem hinteren Schlitze, die Portio umschnitten und aus den Parametrien herausgelöst, nach Unterbindung der etwa durchschnittenen spritzenden Gefäße. Nach Versorgung der Parametrien löst sich dann die Cervix von der Blase beim Herüberwälzen des Tumors über die Symphyse durch das Gewicht des Tumors fast von selbst ab, höchstens ist eine leichte Nachhilfe mit dem Finger nothwendig.

Wenn K. auf Grund seiner Erfahrungen sich eine Kritik gestatten darf, so möchte er diejenige Methode, welche zunächst in der supravaginalen Abtragung des Corpus uteri besteht, nicht empfehlen, da die Operation hierdurch einen großen Zeitverlust erleidet; eher ließe sich schon die Methode anwenden, welche gleich bei Beginn der Operation von der Vagina aus nach dem Vorgange von Döderlein und Bumm die Portio umschneidet und dieselbe von der Blase und dem Parametrium, so weit es möglich ist, befreit. Doch glaubt K., dass auch diese Methode hinter der rein abdominellen Eröffnung des Scheidengewölbes zurückstehen muss und zwar aus dem einfachen Grunde, weil auch hier durch die nothwendige Umlagerung der Pat. die Operationsdauer verlängert wird. Weiter kommt hier auch in Frage der Error diagnosticus; lässt es sich doch nicht von der Hand weisen, dass manchmal an Stelle des vermutheten Myoms irgend ein anderer Tumor, welcher vielleicht nur mit dem Uterus eng verwachsen ist, bei Eröffnung der Bauchhöhle entdeckt wird. Haben wir jetzt ziemlich weitgehend die Cervix aus ihren Verbindungen gelöst, so sind wir, um gute Wundverhältnisse herzustellen, genöthigt, den nicht erkrankten Uterus mit zu entfernen.

Döderlein sieht als Hauptvorzug dieser Methode gegenüber der abdominellen Auslösung der Portio den Umstand an, dass eine Verletzung der Blase und der Ureteren nicht so leicht möglich ist; ihm ist bei der rein abdominellen Methode eine Verletzung der Blase und Abklemmung der Ureteren passirt, allerdings unter einer sehr großen Zahl best gelungener Operationen. Er ist desswegen zu der abdominell-vaginalen Methode übergegangen: 26 so operirte Kranke sind ohne jede Störung geheilt.

Wenn auch dies ein verlockendes Resultat ist, so glaubt K. doch, dass diese Methode gegenüber der abdominellen zurücktreten muss; K. kann in der ab-

dominellen Auslösung der Portio keine größere Gefahr für die Verletzung der Blase und des Ureters erkennen.

Die rein abdominellen Verfahren sind nach K.'s Ansicht nicht so different, dass sie einen principiellen Unterschied bedingen und dass sie im Wesentlichen die Resultate beeinflussen können, doch glaubt er, dass es technisch am leichtesten durchführbar ist, wenn zunächst nach dem Vorgange von Doyen das hintere Scheidengewölbe eröffnet, mit einer Krallenzange die Portio gefasst und durch den Spalt nach oben luxirt wird, um dann, ähnlich wie bei der vaginalen Totalexstirpation, die Scheidenwände von der Portio ringsherum abzulösen; der Finger kann dann um die Portio herum nach vorn geführt werden und stumpf zwischen Blase und Cervix vordringen.

Ob zuerst die Ligg. lata versorgt werden sollen und dann das Scheidengewölbe eröffnet oder umgekehrt, ist nicht von wesentlicher Bedeutung, doch glaubt K., dass der letztere Weg schneller zum Ziele führt, weil nach Eröffnung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes die Versorgung der Ligg. lata und Parametrien mit sehr geringem Zeitverluste verbunden ist.

K. verfährt daher in letzter Zeit mit Vorliebe folgendermaßen:

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Tumor vor die vordere Bauchwand luxirt und zunächst nach hinten abgedrängt, um ähnlich wie bei der Zweifel-schen Myomektomie einen kleinen vorderen Peritoneallappen zu bilden unter gleichzeitiger stumpfer Ablösung der Blase, aber nicht ganz bis zum Scheidengewölbe herunter. Darauf wird der Tumor stark über die Symphyse herabgebogen bei der in Beckenhochlagerung liegenden Frau; mit einem Sagittalschnitte wird das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Der Sagittalschnitt hat vor dem Frontalschnitte den Vortheil voraus, dass es hierbei fast niemals nothwendig ist, sich die Stelle des hinteren Scheidengewölbes durch eine vom Vaginalrohre aus vorgedrängte Kornzange zu markiren.

Sobald das Scheidenrohr eröffnet ist, wird eine Kugelzange an der vorderen Muttermundslippe angehakt und die Portio durch eineu kräftigen Zug nach oben aus dem Schlitze herausgezogen, darauf wird mit einer Schere das hintere Scheidengewölbe hart an der Portio abgeschnitten und im vorderen und seitlichen Scheidengewölbe die Portio umschnitten. Die Blutung aus dem durchschnittenen hinteren Scheidengevölbe und aus der eingeschnittenen vorderen Scheidenwand ist gewöhnlich eine so geringe, dass eine sofortige Blutstillung zunächst unterbleiben kann, es wird vielmehr sofort durch einen um die Portio herumgeführten Finger die Blase stumpf von der Cervix abgelöst, welches um so schneller gelingt, da bei der Bildung des vorderen Peritoneallappens der größte Theil der Blase schon von oben her stumpf abgelöst war. Der Tumor hängt dann schließlich nur noch an den breiten Mutterbändern und an den beiden Parametrien.

Die Versorgung dieser Gefäße in den breiten Mutterbändern und in den Parametrien kann nun in verschiedener Weise geschehen, entweder werden die Ligg. lata und Parametrien in Partien gefasst, geschnürt und dann erst durchschnitten, oder es werden die Gefäße isolirt aufgesucht und isolirt unterbunden; schließlich können Parametrien und Ligg. lata durch eine vom Scheidenrohre aus emporgeführte Dauerklemme versorgt werden, welche nach 2- oder 3mal 24 Stunden entfernt wird.

K. hat in 3 auf einander folgenden Fällen diese 3 verschiedenen Versorgungsmethoden durchgeführt und zwar einmal die partienweise Unterbindung der Ligg. lata und der Parametrien, zweitens das isolirte Aufsuchen und Unterbinden der Gefäße und schließlich eine kombinirte Klemmenligaturmethode.

Die 3 demonstrirten Temperaturkurven erscheinen in gewissem Sinne charakteristisch, besonders dann, wenn man sie mit den ähnlichen Beobachtungen anderer Operateure vergleicht. In dem einen Falle, wo die Parametrien und ein Theil der Ligg. lata in Dauerklemmen gelegt waren, war der Verlauf in den ersten 3 Tagen fieberfrei, nach Abnahme der Klemmen, 3mal 24 Stunden p. op., trat aber eine Temperatursteigerung Abends bis zu 38,7 ein, welche erst in den nächsten 3 Tagen allmählich

wieder zur normalen Temperatur herabfiel. Es ist dies eine Beobachtung, welche man ja keineswegs selten bei der Totalexstirpation des Uterus per vaginam mit Klemmen macht, dass nach Abnahme der Klemmen Abends ein Temperaturanstieg erfolgt.

Bei der 2. Pat. wurde das Gewebe in Partien unterbunden. Auch hier ist der Verlauf der Temperaturkurve kein ganz normaler, sondern in den ersten 3 Tagen sind leichte Temperatursteigerungen über 38° eingetreten.

Die beste Temperaturkurve giebt zweifelsohne die, bei welcher die einzelnen spritzenden Gefäße theils unterbunden, theils umstochen sind; es war hier die von Bumm angegebene Methode benutzt worden; nach Ablösung der Blase und des Rectums waren die Mutterbänder und Parametrien jederseits in einzelnen Partien mit Klemmen gefasst und durchschnitten, zunächst der Uterus so aus seinen Verbindungen gelöst und entfernt, erst dann waren die einzelnen Klemmen gelöst und etwa spritzende Gefäße versorgt worden. Es ist Bumm darin ganz beizupflichten, dass dieses Verfahren entschieden den Vorzug hat, dass nach Entfernung des Uterus die anfänglich strotzend gefüllten Venen nur noch kleine Lumina aufweisen und dass nach Wegnahme der Klemmen eigentlich nur noch stärkere Blutungen aus der durchschnittenen Spermatica und Uterina erfolgen, dass dagegen die Venenlumina kaum noch Blut spenden. Diese Bumm'sche Methode hat zweifelsohne außerdem noch den Vortheil, dass sie die Operationsdauer sehr wesentlich abkürzt; es ist in inkomplicirten Fällen mit Leichtigkeit möglich, von dem Momente der Eröffnung des Abdomens an die Auslösung des Tumors aus seinen Anhängen innerhalb 12—15 Minuten durchzuführen, selbst dann wenn man keineswegs schnell operirt.

Ist die Blutstillung ausgeführt, so tritt an uns die Frage heran: wie sollen wir die Scheidenwand, wie den Peritonealschlitz behandeln.

Auch hier wird noch von den verschiedenen Operateuren verschieden verfahren, manche bevorzugen es, die Peritonealhöhle nicht abzuschließen, um freien Abfluss der Sekrete nach der Scheide zu haben; andere schließen das Peritoneum, lassen dagegen die Scheidewände offen, und schließlich die Dritten vernähen auch die Scheidenwände, so vor Allem Bumm.

Hat man, wie es oben geschildert wurde, einen kleinen Peritoneallappen gebildet, so vermag man durch Vereinigung des vorderen Peritoneallappens mit dem Peritoneum des Douglas die sämmtlichen Stümpfe und Ligaturen mit Ausnahme vielleicht der obersten Ligatur an der Spermatica extraperitoneal zu legen, wodurch eine nachträgliche Infektion der Peritonealhöhle mit inficirten Stümpfen ausgeschlossen ist.

Ich glaube, dass man praktisch den Abschluss der Peritonealhöhle in jedem Falle durchführt.

Anders steht es mit dem Abschlusse der Scheidenöffnung.

Ich halte es für nothwendig, um einer etwaigen Verhaltung der Wundsekrete vorzubeugen, das Scheidengewölbe frei offen zu lassen, ja es ist gut, in den Wundtrichter, zwischen Scheide und Parametrium, einen kleinen Drain, welcher wenige Tage liegen bleibt, zu legen, um einen zu frühen Schluss der Scheidenwunde zu inhibiren. Eine nachträgliche Infektion von der Scheide aus, wie es manche Autoren annehmen, ist nicht zu befürchten.

Diskussion. Herr Menge: Ich habe in neuerer Zeit ebenfalls mehrere Male die abdominelle Hysterektomie bei Myomatosis uteri durchgeführt und jedes Mal einen glatten Verlauf erlebt. Doch möchte ich betonen, dass ich durchaus keinen Grund habe, die Zweifel'sche Myomektomie durchweg zu Gunsten der abdominellen Panhysterektomie aufzugeben; denn alle bisher von mir wegen Myom nach Zweifel's Methode operirten Pat. sind glatt genesen. Bei meinen Fällen von abdomineller Totalexstirpation lag zu diesem Eingriffe immer eine ganz bestimmte Veranlassung vor, entweder makroskopisch erkennbare Veränderungen des Geschwulstgewebes, die auf eine sarkomatöse Metaplasie hindeuteten, oder Entwicklung des Myoms bis in die tieferen Collumpartien hinab

Die Mittheilung, dass ein reines Fibromyom auch in der Klimax weiterwachsen kann, hat mich sehr interessirt. Sänger hat besonders darauf aufmerksam gemacht, dass Wachsthum von Myomen in der Klimax nur dann vorkommt, wenn dieselben sarkomatös verändert sind. Der differentialdiagnostische Werth dieses Symptomes erfährt durch Krönig's Beobachtung eine gewisse Beschränkung.

Zur Technik der abdominellen Panhysterektomie möchte ich kurz Folgendes bemerken. Nicht in jedem Falle gelingt es, das hintere Scheidengewölbe primär vor der Versorgung der Ligg. lata zu eröffnen, und auch nicht in jedem Falle die Portio durch den hinteren Scheidenschlitz zu fassen und in die Bauchhöhle herauf zu luxiren. Bei Adnexverwachsungen, bei kurzen Ligamenten, bei hochgezogener und verwachsener Blase, bei tief entwickelten Myomen und vor allen Dingen bei kurzen Parametrien und senilen Scheidengewölben kann man zur primären Versorgung der Ligamente und besonders auch zur Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes gezwungen sein. Natürlich muss eine sorgfältige und ausgiebige Ablösung der Blase vorausgeschickt werden. Nach derselben macht aber die Eröffnung des vorderen Gewölbes auch keine Schwierigkeiten mehr.

Auf das isolirte Fassen und Unterbinden der einzelnen Gefäße, besonders der Ligg. lata, wie Bumm es empfiehlt, lege ich nicht so großen Werth wie Herr Krönig. Ich ziehe hier, auch aus Zeitersparnis, die altbewährten Kettenligaturen, in welchen neben den Arterien auch die Venen gut versorgt liegen, vor, in dem Gedanken, dass die ganze Rekonvalescenz in erster Linie mit abhängig ist von einer exakten Blutstillung, die auch nach dem Erwachen der Kranken aus der Narkose, bei Bewegungen, beim Brechakt u. dgl. perfekt bleibt. Auch wenig nachgesickertes Blut kann gefährlich werden.

Bei der Ovariotomie verwenden wir doch immer diese Ligaturmethode und sehen keinen Nachtheil für die Pat. von ihr. Desshalb wird auch bei der abdominellen Hysterektomie dieser Versorgungsmethode keine besondere üble Bedeutung zugemessen werden dürfen, zumal wir gerade bei dieser Operation das etwa nekrotisch werdende Stumpfgewebe vollkommen extraperitoneal legen und so eliminiren können. Zu diesem Zwecke schließe ich nach der Blutstillung an den Scheidenwundrändern, oberhalb der Stümpfe das Peritoneum durch fortlaufende Naht ab. Die Scheidenwundränder vernähe ich dagegen absichtlich nicht; ich halte sie vielmehr durch zwischengelegte Gaze möglichst aus einander, damit jede Stumpfsekretion freien Abfluss findet.

Herr Zweifel hebt kurz die Wandlungen hervor, welche die Technik der Totalexstirpation durchgemacht hat seit der 1. Operation von Freund, die von der Bauchhöhle aus unternommen, schon 1 Jahr danach durch die Wiedereinführung der Sauter-Recamier'schen Operation abgelöst wurde. Wenn auch diese letztere für wenig vergrößerte Uteri die Normaloperation geblieben ist, so wurde in Deutschland zuerst durch Bardenheuer (1881), in Amerika durch A. Dixon Jones im Jahre 1888 für Fibroide die abdominelle Totalexstirpation des Uterus eingeführt. Darauf folgte von Frankreich aus eine Zeit lang die Anregung, die Myome, selbst solche, welche die Nabelhöhe erreicht oder überschritten hatten, ausschließlich von der Scheide aus zu entfernen. Und wenn die Kette sich wieder dahin schließt, dass jetzt selbst in Frankreich, wo einzelne Operateure die vaginalen Operationen übermäßig bevorzugt hatten, die Gunst der kühnsten sich der ventralen Methode wieder zuwendet, so muss es für jeden Beobachter den seltsamen Eindruck machen, als ob die Operationen, wie es scheinen möchte, auch der Mode unterworfen seien.

Der Laparohysterektomie scheint in dem jetzigen Vortrage auch Herr Krönig sich mehr zuzuneigen, und zwar ist der öfters genannte Grund dieser Vorliebe die Zeitersparnis.

Wenn ich diesen Grund auch anerkenne und schon aus Egoismus ihm folge, wo es unbeschadet anderer Rücksichten möglich ist, weil ich viel lieber eine Methode befolge, welche mich in kürzerer Zeit zum Ziele gelangen lässt, so betone ich doch wiederholt, dass die endgültige Heilung der Kranken bezw. die geringste

Zahl von Zufällen, accidentellen Wundkrankheiten und insbesondere von Todesfällen den einzig zulässigen Maßstab für die Beurtheilung einer Methode abgiebt.

So selbstverständlich dies ist, so selbstverständlich muss auch eine Operationsmethode als besser bezeichnet werden, bei welcher solche Zufälle am seltensten vorkommen, selbst wenn sie mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Herr Krönig bevorzugt in seinem Vortrage die ausschließlich ventrale Methode, bei welcher von der Bauchhöhle aus erst die Art. ovaricae und nachher die uterinae unterbunden, dann das hintere Scheidengewölbe eröffnet, durch diesen Spalt die Portio vaginalis heraufgezogen und nun die Scheidenwände rings um die Portio herum abgeschnitten werden.

Was diese Technik betrifft, so kann ich darauf verweisen, dass ich in dem Referate zum deutschen gynäkologischen Kongresse in Berlin (1899) ein Verfahren beschrieben habe, welches ähnlich ist und dahin geht, nach der Abbindung der Arterien erst das hintere Scheidengewölbe zu eröffnen, dann nach Abpräpariren eines vorderen Peritoneallappens und Abheben der Blase nach vorn die Durchtrennung des vorderen Scheidengewölbes gegen einen unter der Portio von dem hinteren Spalt geführten Finger vorzunehmen, darauf die 2 Spalten nach den Seiten zu erweitern und nun die Parametrien zu unterbinden und den Uterus von der Scheide abzuschneiden.

Anfänglich habe ich bei großen Tumoren des Uterus (Sarkom und bei Totalexstirpation wegen Myom) dieselben stets von der Bauchhöhle abgetragen, nachdem der Gebärmutterhals mit der fortlaufenden Partienligatur abgebunden war, darauf die Bauchhöhle abgeschlossen und den kleinen Stumpf nach Art der typischen vaginalen Uterusexstirpation entfernt.

Neben diesen 2 Verfahren übte ich gelegentlich auch die Totalexstirpation in der Art aus, dass ich zuerst die Portio vaginalis von der Scheide aus mit dem Thermokauter umschnitt und dann die Operation von der Bauchhöhle aus zu Ende führte.

Wenn ich über diese 3 Methoden, die ich alle in großer Zahl angewendet habe, ein Urtheil aussprechen soll, so muss ich nach meinen Erfahrungen die ausschließlich ventrale Methode als diejenige bezeichnen, mit der ich die meisten bösen Erlebnisse machte. Nachdem ich jahrelang mit der Theilung des Uterus nur glatte Heilungen erlebte, kamen mit der ausschließlich ventralen Methode in der letzten Zeit 2mal Lungenembolien vor, ein Ereignis, welches ich bei sehr vielen Laparotomien früher gar nicht kannte, während es in den Todeslisten anderer Operateure einen unangenehm häufigen »Zufall« bildet. Es mögen ja nun andere Operateure dies wieder nur für »Zufall« halten, ich thue es nicht und ziehe für mich die Konsequenz, dass ich in erster Linie auf das Thermokauterumschneiden der Portio von der Scheide aus in der einen oder anderen Form zurückkomme.

Die Ursache von Thrombosen ist nicht sicher bekannt: ich halte sie abhängig von Infektionen in die Venenstümpfe und nehme an, dass mit den beiden Methoden, denen ich den Vorzug gebe und die ich unbekümmert um alle möglichen Einreden wieder allein in meiner Klinik anwenden werde, die Asepsis am allerstrengsten durchführbar sei.

Die Theilung des Uterus und Entfernung des Fundus von oben, des Collum von unten war von mir Anfangs ausgeführt worden, um die Bauchhöhle möglichst bald wieder zu schließen und die Darmschlingen vor Abkühlung möglichst zu bewahren. Dieser Grund fällt vollständig weg, weil die Gesammtauslösung von oben in kurzer Zeit ausführbar ist.

Mögen Andere diese 2 Embolien als unglückliche Zufälle bezeichnen und der ausschließlich ventralen Exstirpation fortgesetzt den Vorzug einräumen, so können wir nach Jahren an großen Reihen vergleichen, wer besser fährt. Für mich ist die Wahl nach eigenen Erfahrungen getroffen. Der Zeitunterschied gegenüber der ausschließlich ventralen Totalexstirpation beträgt nicht mehr als einige Minuten.

Anfügen möchte ich hier noch, dass ich sowohl bei den vaginalen Totalexstirpationen, als auch bei der Gefäßversorgung in der Bauchhöhle stets die großen

Kniehebelklemmen anwende und deren Gebrauch nie mehr aufgeben werde, weil sie eine augenscheinliche Minderung der Schmerzen für die Kranken einbringen und weil diese Klemmen selbst da, wo die Quetschung nur als Vorakt der Unterbindung angewendet wird, die Blutstillung wesentlich sicherer machen und ein Inficiren der Venenthromen eher ausschließen.

Mögen einzelne Operateure, wie das schon geschah, der Meinung Ausdruck geben, dass die Entfernung des Uterus theilweise von oben, theilweise von unten grundsätzlich falsch sei, so habe ich den Muth meiner Meinung und halte diesen Kollegen die Frage entgegen, worin das Falsche liegen soll, wenn mit diesem Verfahren die größte Zahl glatter Heilungen erreicht werden kann.

Was schließlich die Indikationen betrifft, so halte ich, wegen eines besseren Abschlusses der Beckenorgane und der noch größeren Lebenssicherheit der Operation, für Myome im Allgemeinen an der Myomohysterektomie fest und gebe ihr den Vorzug vor der ventralen Totalexstirpation. Findet man bei der Myomektomie suspekte Tumoren, oder Wundverhältnisse, welche es rathsam erscheinen lassen, so würde ja immer noch die Exstirpation des Uterusrestes anzuschließen sein.

Bei kleineren Myomen und einem Alter der Pat., welches nahe dem Klimakterium steht, halte ich die vaginale Totalexstirpation für die schonendste Methode. Sollte der Uterus einen jauchig zersetzten oder inficirten Inhalt haben, so würde ich den äußeren Muttermund, wie das schon wiederholt von mir gemacht wurde, zunähen, die Portio mit dem Thermokauter umschneiden und falls der Uterus um seiner Größe willen nicht auf vaginalem Wege zu entfernen wäre, nunmehr durch die Laparotomie völlig auslösen.

Bei senil atrophischen Genitalien wird es Ausnahmefälle geben, bei denen grundsätzlich Alles von der Bauchhöhle aus exstirpirt werden muss.

Diese Indikationsstellung hat den Vortheil, dass man konservativer verfahren kann, als bei einer übermäßigen Bevorzugung der vaginalen Operationen.

II. Herr Füth: Demonstration eines Präparates von Tubenschwangerschaft[1].

Dasselbe stammte, nach der Größe des wohlerhaltenen Fötus zu urtheilen, aus der 5.—6. Woche und wurde von einer 31jährigen Pat. gewonnen, die am 10. Juli d. J. Nachmittags wegen am Vormittage eingetretener Tubenruptur von Herrn Geh.-Rath Zweifel laparotomirt wurde. In der Bauchhöhle fanden sich etwa $2^1/_2$ Liter dunklen, flüssigen Blutes, und beim Abtasten der rechten Adnexe fiel die mit tadellos erhaltenen Zöttchen ringsum besetzte Eiblase von ihrer Insertionsstelle auf den Fimbrien ab und in die palpirende Hand. Sie enthielt einen 10 mm langen Fötus. Pat. genas von der Operation, die in 9 Minuten vollendet war, glatt und konnte am 19. Tage entlassen werden.

Unter Hinweis auf 2, nach dem frischen Präparate angefertigte Zeichnungen werden die makroskopischen Verhältnisse des Präparates eingehend erläutert, und es erfolgt dann die Demonstration eines mikroskopischen Schnittes im Skioptikon. Aus letzterer sei nur hervorgehoben, dass am Eiboden ganz enorme Gefäße von Langhans'schen Zellen sich eröffnet zeigten. Vortr. will im Hinblicke auf die in Fertigstellung begriffene, ausführliche Abhandlung zur Zeit von einer eingehenden Besprechung des Falles im Sinne der bereits früher von ihm in der Gesellschaft vorgetragenen Anschauungen über die Einbettung des Eies in der Tube Abstand nehmen und sich auf die gegebenen kurzen Mittheilungen beschränken.

Diskussion. Herr Krönig: Ich glaube, dass wir vollen Grund haben, Herrn Füth für seine interessante Demonstration dankbar zu sein. Wie schon aus seiner früheren Arbeit und aus den Arbeiten von Aschoff und Kühne hervorgeht, müssen wir in der That unsere Auffassung von der Anatomie der Tubenschwangerschaft gegen früher wesentlich modificiren; es ist dies auch von klinischem Interesse, weil dadurch unsere Auffassung vom tubaren Aborte und von der Tubenruptur in wesentlichen Punkten verändert wird.

---

[1] Der Fall wird in einer bevorstehenden zusammenfassenden Veröffentlichung über die Einbettung des Eies in der Tube ausführlich beschrieben werden.

Ich selbst bin in der Lage, Ihnen ein mikroskopisches Präparat von einer Tubenruptur zu demonstriren, welches ich durch Laparotomie in ziemlich frischem Zustande gewonnen habe. Nach der Größe der Placenta und der noch vorhandenen Nabelschnur zu schließen, entspricht es ungefähr einer Entwicklungszeit von 2 bis 3 Schwangerschaftsmonaten. Es war bei der Operation noch nicht zur Abkapselung der Blutung in der Peritonealhöhle gekommen, sondern bei der Öffnung der Bauchhöhle fanden sich über 2 Liter frischen, flüssigen Blutes.

Ich möchte mir nachher gestatten, ein Präparat im Skioptikon einzustellen, aus welchem hervorgeht, ähnlich wie in den von Füth demonstrirten Präparaten, dass die proliferirte Langhans'sche Zellschicht das Syncytium und das Fibrin an der Placentarhaftstelle durchbrochen hat und weit in die Tubenwandung eingebrochen ist; es macht den Eindruck, als ob die langen Zellsäulen gewissermaßen die Bindegewebszüge der Tubenwand aus einander gedrängt und aus einander gefasert hätten. An manchen Stellen reicht die Langhans'sche Zellschicht sogar bis an den serösen Überzug der Tube heran. In ganz gleicher Weise wie in dem Füth'schen Präparate sehen wir auch hier, wie die Langhans'schen Zellen manchmal in das Lumen der Gefäße eingewuchert sind. Ein Unterwühlen der Tubenwand durch die Chorionzotten habe ich — allerdings in nicht so großer Deutlichkeit wie in dem Füth'schen Präparate — in meinen Präparaten feststellen können; es scheint mir an der einen zu demonstrirenden Stelle kaum eine andere Deutung möglich zu sein, als dass die Zotten hier die Tubenmuskulatur und die Bindegewebszüge der Tube aus einander gedrängt haben, um bis an den serösen Überzug der Tube zu gelangen.

(Die Präparate werden im Skioptikon demonstrirt.)

Nirgends findet sich in den Präparaten weder eine Decidua vera noch eine Decidua reflexa; an manchen Stellen kann es allerdings sehr leicht den Eindruck machen, als ob an der Placentarstelle eine Decidua gebildet wäre, doch glaube ich, müssen wir Kühne darin ganz beistimmen, dass diese nur eine Pseudodecidualschicht darstellt, aus Fibrin, Bindegewebe und eingewanderten ektodermalen Zellen gebildet. Es ist diese Annahme desswegen berechtigt, weil in der That in den Kühneschen Präparaten ein direkter Übergang dieser Pseudodeciduazellen auf die Langhans'schen Zellen nachgewiesen werden konnte.

Aus all diesen Präparaten, welche immer wieder uns dasselbe zeigen, dürfen wir wohl annehmen, dass dieser Vorgang der gewöhnliche bei der Tubenschwangerschaft ist; wir dürfen daher auch die Implantation des Eies im Uterus nicht in Parallele stellen mit der Einbettung in der Tube, weil die anatomischen Verhältnisse in der Tube wesentlich verschieden sind. Die Uterusschleimhaut bildet im ausgiebigsten Maße eine Decidua, während in allen neuerdings geschilderten Präparaten von Tubenschwangerschaft eine Deciduabildung entweder vollständig geleugnet wird oder nur fern ab von der Einbettungsstelle in geringer Schicht nachzuweisen war. Die Deciduabildung im Uterus mag es vielleicht verhindern, dass die Zotten und die Zellschicht des Eies sich nicht so schrankenlos in die unterliegende Muskulatur ausbreitet. wie wir es in der Tube sehen.

Dadurch, dass die Langhans'schen Zellen in die mütterlichen Blutlakunen eindringen, wird der Widerstand der Blutgefäßwandungen aufgehoben, so dass jetzt das Blut frei in den Zwischenzottenraum eindringen kann; da bei der tubaren Einbettung keine Decidua reflexa gebildet ist, wird das Blut selbstverständlich auch nicht im Zwischenzottenraume bleiben, sondern sich zwischen den Zotten hindurch in die freie Bauchhöhle aus dem abdominalen Ende der Tuben ergießen können; dadurch ist einmal bedingt, dass das Ei und die Zotten nicht mehr genügend von mütterlichem Blute ernährt sind, wodurch frühzeitige Nekrosen und Ernährungsstörungen der Zotten eintreten, welche in den demonstrirten Präparaten in der That häufiger sichtbar sind, andererseits ist durch die Arrosion der Blutgefäße eine Ursache des tubaren Abortes gegeben. Also es kann der tubare Abort mit dem uterinen Abort, wie man es früher stets gethan hat, überhaupt nicht in Parallele gebracht werden. Beim uterinen Abort ist das vorzeitige Absterben des Eies bedingt entweder durch die vorzeitige Auslösung von Uterus-

kontraktionen oder durch mangelhafte Zufuhr von Blut und Ernährungsmaterial an der Placentarstelle; der tubare Abort dagegen kann ohne jede Tubenkontraktion verlaufen, ja es liegt gewissermaßen in der Einbettungsart des Eies die Bedingung zum vorzeitigen Absterben der Frucht und zum tubaren Aborte.

Auch die Tubenruptur müssen wir heute klinisch wesentlich anders auffassen als früher. Früher glaubte man, dass die Tubenruptur bedingt sei durch eine Überdehnung der Tubenwandung, heute müssen wir die Tubenruptur vielmehr ansehen als eine allmählich vor sich gehende Zerstörung und Auflösung der ganzen Tubenwandung durch die Langhans'schen Zellen, das Einreißen des peritonealen Überzuges ist dann nur noch der Schlussakt in dieser allmählich vor sich gehenden Auffaserung der Bindegewebszüge der Tubenwandung.

So versteht man es auch heute besser, dass bei einer Tubenruptur sich die Blutungen aus der Rissstelle immer wieder erneuern können, weil eben durch das Weiterfressen der Langhans'schen Zellen stets neue mütterliche Blutgefäße eröffnet werden.

Von besonderem Interesse erscheint es, zu wissen, wie sich eine Tube nach überstandenem tubaren Abort rekonstruirt, auch hier müssen die Verhältnisse wesentlich anders liegen wie nach einem uterinen Aborte. Beim uterinen Aborte schließen sich nach Ausstoßung des Eies die aufgerissenen Drüsensepta wieder allmählich enger an einander, und von ihnen aus geht nach Umwandlung der Deciduazellen in Bindegewebszellen allmählich die Epithelisirung der Oberfläche vor sich, nach dem tubaren Abort ist die Restitutio in integrum wesentlich schwerer, weil einmal von Drüsensepten an der Placentarhaftstelle fast gar nichts mehr zu sehen ist und weiter desswegen, weil auch die Tubenmuskulatur in ihren Tiefen schwer geschädigt ist.

Ob diese neuen anatomischen Auffassungen von der Tubenschwangerschaft im Stande sind, unsere klinische Indikationsstellung bei Tubengravidität zu beeinflussen, bleibt vorläufig dahingestellt.

Wenn ich nur einen Punkt herausgreifen darf, so erscheint z. B. heute die Bildung einer Hämatocele noch keineswegs als ein genügend sicheres Zeichen, um ruhig weiter exspektativ verfahren zu können. Die Auffassung war bisher folgende: Da der Pavillon der Tube fast stets in den Hämatocelensack einmündet, so ist in Folge des Gegendruckes vom Hämatocelensacke aus eine weitere Blutung aus dem abdominellen Ende der Tube nicht zu befürchten. Ich glaube, nach den neueren anatomischen Untersuchungen dürfen wir uns nicht mehr in eine solche Sicherheit wiegen, weil auch bei tubarem Abort immerhin noch die Möglichkeit einer gleichzeitigen Tubenruptur gegeben ist. Überhaupt, glaube ich, werden auch klinisch bald immer mehr die bis jetzt noch gemachten Trennungen zwischen Tubenabort und Tubenruptur fallen müssen; es sind dies Unterschiede, welche wir vom Uterus ableiten, die aber auf die Tuben übertragen nicht mehr den Verhältnissen Rechnung tragen. Bei jedem Tubenabort müssen wir mehr oder weniger auch eine Ruptur der Tubenwandungen annehmen, und jede Tubenruptur wird mehr oder weniger mit einer Blutung auch aus dem abdominellen Ende der Tube, also mit dem Tubenabort sich vergesellschaften.

III. Herr Glockner demonstrirt eine von einer Eklamptischen herrührende Placenta mit Fibrinkeilen.

Mit dem Eisacke hängt ein Foetus papyraceus mit seiner zugehörigen Placenta zusammen. Der Fötus entsprach in der Größe dem 3. Schwangerschaftsmonate, die Placenta bot einen eigenthümlich glasigen Anblick dar. Mikroskopisch waren die Kontouren der vollständig nekrotischen Zotten noch erkennbar, die intervillösen Räume waren mit Fibrin angefüllt, das Bild gleicht also vollständig dem der sog. weißen Infarkte.

Verschiedenes.

2) G. Minxevitch. Über Bauchnaht nach Köliotomien.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1898. November.)

Die Litteratur dieser so wichtigen Frage hat in den letzten Jahren ein wahres Chaos von entgegengesetzten Ansichten hervorgerufen. Das sorgfältige Studium derselben hat M. zu der Überzeugung gebracht, dass die Frage der besten Bauchnaht nach einer Köliotomie in jedem besonderen Falle einer eingehenden Würdigung bedarf; die eine oder andere der vorgeschlagenen Methoden kann in einem Falle die beste sein, in einem anderen Falle nichts taugen. Die Hauptbedingungen für eine gute Heilung einer Bauchwunde sind: 1) Sitz der Incision, 2) Nahtmaterial und 3) die Art und Weise der Nahtanlegung. Was Frage 1 betrifft, so hält M. die Medianlinie für die günstigste Incisionsstelle, weil es beim Schlusse der Wunde an dieser Stelle am leichtesten ist, die normalen anatomischen Verhältnisse in symmetrischer Weise wieder herzustellen.

Was Frage 2 betrifft, so kann keine der bisher angewandten Substanzen als allen Anforderungen entsprechend angesehen werden; er hält die Seide für das beste Material, welchem nur die störende Eigenschaft der Imbitition anhafte.

Um der Frage nach der besten Methode näher zu treten, hat Verf. mikroskopische Untersuchungen der nach Köliotomien gewonnenen Bauchnarben angestellt. Die von La Torre unternommenen Experimente an Hunden hält M. nicht für stichhaltig, da man diese Verhältnisse nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragen könne. Er fand nun in den 19 Fällen, von denen 11 mit Massennaht und 8 mit Etagennaht operirt waren, dass, wenn die Bauchdecken keine besonderen Anomolien darboten, in den meisten Fällen der Massennaht entschieden vor der Etagennaht der Vorzug zu geben sei. Man müsse nur am Hautrande ein-, am Peritoneumrande ausstechen, Muskel und Fascien weiter vom Rande entfernt mitfassen. (Übrigens eine Art und Weise der Nahtanlegung, wie sie schon vor 10 Jahren auch von Sänger stets ausgeführt wurde, und welche gute Resultate lieferte. Als Nahtmaterial wurde auch ausschließlich Seide verwandt — Ref.) Diese Massennaht hat vor der Etagennaht eine Reihe von Vortheilen voraus, die Gewebsernährung sei besser garantirt; man treffe keine »todten Räume«, die Gewebe seien weniger Insulten ausgesetzt, es würden bei der einfachen Naht nicht eine so große Anzahl Fremdkörper in die Wunde gebracht, die eine Quelle der Reizung und Eiterung werden könnten. Verf. will also der Massensutur den Vorzug geben in den Fällen, in welchen die Bauchdecken von mittlerer Dicke sind; bei auffallend dünnen und sehr dicken Bauchdecken soll die Etagennaht doch in gemischter Form Anwendung finden und zwar so, dass eine Naht die Bauchdecken ganz umfasst, eine andere die muskulo-aponeurotische Schicht. **Odenthal** (Bonn).

3) L. Weill (Straßburg). Die abdominale Chirurgie in Deutschland.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1899. Juli.)

Verf. zieht vergleichsweise die letzten Statistiken seit 1895 heran, indem er sich hauptsächlich an die bedeutenderen deutschen Operateure hält, die mehr oder minder ausführliche Arbeiten unter genauer Angabe der einzelnen Operationsmethoden veröffentlicht haben.

Die Köliotomie im Allgemeinen ergab in Deutschland 11% Mortalität; in England (Lawson Tait) 6,5%, in Japan 4,7%. Die supravaginale Amputation mit extraperitonealer Stielversorgung ergab 18,6%, mit retroperitonealer 4,8%; die abdominale totale Exstirpation 12,5%, die vaginale Exstirpation 2,5%. Bei Adnexoperationen auf abdominalem Wege wurden 8,4% Mortalität erzielt, in England 3,3%, in Japan 5%; bei Adnexoperationen auf vaginalem Wege 2%. Eben so wenig wie man heute noch bei Myomen konservativ verfährt, da man bei den bei Weitem besseren Resultaten der Totalexstirpation es wohl nicht mehr

wagt, einerseits die Kranken einem Recidiv auszusetzen, andererseits aus Furcht vor einer Radikaloperation sie einer wenn auch weniger eingreifenden, so doch gefährlicheren Operation zu unterziehen. Dasselbe gilt für die partielle vaginale Operation der Adnexa.

Verf. zieht im Anschlusse an die Betrachtungen über konservatives Vorgehen in der Gynäkologie die konservative Richtung bei ganz verengtem Becken in den Bereich seiner Erörterungen. Er kann sich nicht denjenigen anschließen, die da unter allen Umständen den Uterus erhalten wollen bei armen elenden Frauen, die ihre rachitischen und tuberkulösen Kinder nicht ernähren und kleiden können. Verf. will desshalb die Indikation zum Abort erweitert wissen.

Odenthal (Bonn).

4) P. Fredet. Über die Gefäßbündel am Uterus.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1899. Mai.)

F. giebt eine genaue togographische Schilderung der uterinen Gefäße und deren Verhalten zum Lig. lat. und zum Ureter. Ersteres ist nochmals Gegenstand einer besonderen Erläuterung, speciell was seine Entstehungsweise anbetrifft. Sehr schöne Zeichnungen sind beigefügt. Zum Schlusse giebt er auf Grund dieser Erörterungen die Art und Weise der Unterbindung der uterinen Gefäße an bei der Totalexstirpation. Er schlägt vor, zwischen dem Lig. rot. und der Tube das Lig. lat. zu spalten, die beiden Blätter desselben mit dem Finger zu trennen, bis man auf die »göine hypogastrique« stößt, wie Verf. das von der Uterina und dem Ureter gebildete Gewebsbündel bezeichnet. (Das aus der Hypogastrica entspringende utero-vaginale Gefäßbündel steckt in einer besonderen Scheide und hat mit dem Ligg. lat. als solchem nichts zu thun.)

Die Lig. rot. und die Adnexgefäße sind zu unterbinden möglichst nahe der Beckenwand. Das vordere Blatt des Lig. lat. ist von einem Stumpfe des Lig. rot. bis zum anderen bogenförmig nach der Blasengrenze parallel dem Verlaufe des obengenannten hypogastrischen Gewebsbündels zu durchtrennen. Die Blase ist an der vorderen Uteruswand und Scheide stumpf abzulösen und nach den Seiten hin zu erweitern. So wird der Gefäßstumpf von dem Blasen-Ureterenstumpf getrennt. Eben so ist das hintere Blatt abzutrennen und das hypogastrische Gewebsbündel noch mehr freizulegen. So wird der Uterus auf beiden Seiten nur noch durch den utero-vaginalen Stumpf gehalten, den man ganz bis nach der Scheide zu durchtrennen kann nach vorheriger Unterbindung oder einfach, je nachdem man den Uterus total oder supravaginal exstirpiren will. Als letzter Akt wird dann das Peritoneum darüber vernäht. F. macht am Schlusse seiner Arbeit noch auf die besondere Bedeutung dieser beiden besprochenen Gefäßbündel, des hypogastrischen und des tubo-ovariellen, aufmerksam, nämlich in ihrer Eigenschaft als Fixationsmittel. F. hat nach doppelseitiger Kastration Uterusprolaps entstehen sehen.

Odenthal (Bonn).

5) J. Hallé. Bakteriologische Untersuchungen des Genitaltractus.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1899. März.)

Die von H. an dem Genitaltractus angestellten Untersuchungen hatten folgendes Ergebnis:

In der Vulva der Frau und des Kindes sind im normalen Zustande eine ziemlich beträchtliche Anzahl von Mikroorganismen vorhanden. Die meisten sind in der Vagina. Dieselbe enthält normalerweise aërobe und anaërobe Mikroben. Letztere scheinen oft an Zahl in der Tiefe zuzunehmen und sind am zahlreichsten in dem Schleimpfropf des Collum uteri vorhanden. Die aëroben Organismen sind hauptsächlich:

1) ein nicht pathogener Streptococcus, der sich vom Streptococcus pyogenes unterscheiden lässt;

2) Zwei Bacillenarten, welche durch ihre charakteristische Entwicklung auf Serum dem diphtheritischen ähnlich sind, die aber, was ihre allgemeinen Eigenschaften betrifft und ihre Unschädlichkeit beim Thiere, besondere Arten des Löffler'schen Bacillus zu sein scheinen.

3) Andere nicht pathogene Bacillenformen. Keine dieser aëroben Arten von Mikroorganismen ist beim Thiere pathogen. Die anaëroben Mikroben sind im Stande, beim Thiere Abcesse und Gangrän, zuweilen, wenn man Reinkultur anwendet, tödlich verlaufende hervorzurufen. **Odenthal** (Bonn).

6) **J. Hallé.** Untersuchungen über einen Fall von allgemeiner blennorrhagischer Infektion.

(Ann. de gyn. et d'obstétr. 1898. September.)

Eine junge, an sehr schmerzhafter Menstruation leidende Frau, bei welcher kein Zeichen von Metritis vorhanden war bei positivem Nachweis von Gonokokken im Uterus, stirbt, ohne dass im Laufe der Erkrankung lokale Erscheinungen am Uterus auftraten, an einer allgemeinen blennorrhagischen Infektion, die sich als Endocarditis vegetans äußert. Dieser Befund ist der einzige pathologische, welcher bei der Autopsie gemacht wurde. Dass es sich nur um eine gonnorrhoische Infektion handelt, wurde durch den Nachweis von Gonokokken in all den entzündlichen Processen, speciell in den endokarditischen Wucherungen bewiesen; andere Mikroben wurden nicht gefunden. **Odenthal** (Bonn).

7) **G. C. Nyhoff** (Groningen). Integrale Statistik der größeren Operationen während des Jahres 1898.

(Nederl. Tijdschrift v. Verlosk. en Gynaekol. 1899. Hft. 2.)

Verf. hat in seiner (Universitäts-) Klinik 11 Betten für gynäkologische Pat. Die Einrichtung der (alten) Klinik ist dürftig. Im Ganzen wurden 103 Pat. aufgenommen, in der Poliklinik waren etwa 167 Pat. Mit den privaten Fällen beläuft sich die Zahl auf etwa 340—350 Pat.

1) Ovariotomien 14 Fälle, Mortalität 0. 14 Fälle von Laparotomie, 6mal cystöse Entartung, 2mal Fibroma ovarii, 4mal Carcinom, 1mal Oophoritis.

2) Salpingo-oophorektomien (Graviditas extra-uterina) 2 Fälle, gestorben keine. 1mal Haematocele retro-uterina mit Tubarhämatom, 1mal Fruchtsack mit der Bauchwand verwachsen. Im letzten Falle Fruchtsack zurückgelassen, später große Hernie (operirt). In beiden Fällen Laparotomie.

3) Salpingo-oophorektomien (Salpingo-oophoritis). 3 Fälle, gestorben keine, 2mal wegen Schmerzen, 1mal mit Diagnose Tuberkulose.

4) Vaginale Exstirpationen wegen maligner Neubildungen. 4 Fälle, keine gestorben. Ligaturen, keine Klemmen.

5) Vaginale Exstirpationen aus anderen Gründen. 3 Fälle, gestorben keine 1mal schmerzhafte Ovarien und beginnende Myombildung, 2mal wegen Blutungen; 1mal wurde der Angiotribe von Tuffier benutzt, wobei aber Nachblutung entstand.

6) Myomotomie per laparotomiam 1 Fall, geheilt.

7) Amputatio uteri supravaginalis 7 Fälle, 1 gestorben. Alle mit der elastischen Ligatur operirt; in einem Falle Blutung durch Abgleiten der Ligatur, Blutung gestillt, nach 40 Stunden plötzlich kollabirt.

8) Ventrifixura uteri 2 Fälle, keine gestorben. Mit Pessar entlassen.

9) Laparotomie aus verschiedenen Ursachen. 5 Fälle, gestorben keine. In 3 Fällen wegen Ascites (2mal tuberkulöse Peritonitis), eine starb 6 Wochen, nachdem das Exsudat zurückgekehrt, an hämorrhagischer Pleuritis und Perikarditis. 1mal Echinococcuscysten aus dem Omentum entfernt, 1mal Probelaparotomie bei Carcinoma omenti.

10) Sectio caesarea. 1 Fall, gestorben, Kind am nächsten Tage gestorben, Mutter am 10. Tage, septische Peritonitis. Querer Fundalschnitt.

11) Vaginaefixura uteri 1 Fall, bei 40jähriger Wittwe. Heilung.

12) Verschiedene andere Operationen. 1 Blasenfistel (nicht geheilt), 2 Vaginalcysten, 9 plastische Operationen (Prolaps, Ruptura perinei).

Außerdem wurde 27mal curettirt, 3mal Placentarreste entfernt und 3mal nach Emmet wegen Laceratio portionis operirt.

Stichkanaleiterung wurde 1mal (Sectio caesarea) beobachtet, die Bauchwand in den letzten 16 Fällen schichtweise (Peritoneum mit fortlaufender Katgutnaht)

genäht, für die Narkosen wurde Chloralchloroform (Schering) benutzt. Die Desinfektion der Hände geschah mit heißem Wasser und Seife, Alkohol, Sublimat, für die Desinfektion der Haut heißes Wasser und Seife, Alkohol, Äther, Sublimat genommen. **Semmelink** (Leiden).

8) Czerny (Heidelberg). Über die Behandlung inoperabler Krebse.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXI. Hft. 2.)

Verf. macht reichlichen Gebrauch von Chlorzinkätzungen nach Auskratzung und Ausbrennen der Aftermassen. Bei Cervixcarcinomen wartet er, bis jede Blutung aufgehört hat, event. mehrere Tage, und tamponirt dann mit Gaze, die in 20—50%ige Chlorzinklösung (je nach der beabsichtigten Tiefenwirkung) getaucht ist. Die Scheide wird eingefettet und tamponirt, die Gaze mit 5%iger Sodalösung durchtränkt. Durch diese Behandlung erzielte er gute Resultate, ausnahmsweise wurde sogar ein vorher inoperables Carcinom genügend beweglich für eine Operation. Zur besseren Versorgung der Krebskranken und zur weiteren Erforschung der Krebskrankheit empfiehlt er dringend die Errichtung von Krebshospitälern nach englischem Muster, über die W. Scheffer aus London einen Bericht als Anhang folgen lässt. **Calmann** (Hamburg).

9) Krönlein. Über die Resultate der Operation des Mastdarmcarcinoms.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XLI. Hft. 2.)

Als Material legt K. seinen Ausführungen 640 von den bekannteren Operateuren nach verschiedenen Methoden operirte Fälle zu Grunde. Als Termin für die Dauerheilung nimmt er 3 recidivfreie Jahre an. Danach kann er 95 Dauererfolge (14,8%) feststellen, 19,4% erliegen dem Eingriffe. Von den übrigen 65,8% sterben noch eine ganze Reihe an interkurrenten Krankheiten, Andere sind zur Zeit gesund, haben aber das verlangte Triennium noch nicht hinter sich. Für die vom Recidiv Befallenen hat die Radikaloperation noch immer den Werth einer Palliativoperation, die sie gewöhnlich vor den qualvollen Stenosenerscheinungen bewahrt. Die Colostomie soll nur als Nothoperation für die inoperablen, mit hochgradigen Stenosenerscheinungen einhergehenden Fälle bewahrt bleiben. Anus und Sphinkter sollen stets nach Möglichkeit geschont werden im Interesse des funktionellen Resultates. **Calmann** (Hamburg).

10) M. Freudweiler (Zürich). Nachtheilige Erfahrungen bei der subkutanen Anwendung der Gelatine als blutstillendes Mittel.

(Centralblatt für innere Medicin 1900. No. 27.)

In 2 Fällen von hämorrhagischer Nephritis mit allgemeiner Neigung zu Blutungen (auch aus dem Genitale) hatte die subkutane Einverleibung von 3 bezw. 2 g Gelatine nur den Erfolg einer ganz bedenklichen Hämaturie und Hämoglobinurie mit Verschlimmerung der Albuminurie. Verf. sieht daher in Nierenerkrankungen eine Kontraindikation gegen die Gelatineanwendung.

Calmann (Hamburg).

11) G. Heinricius. Über retroperitoneale Lipome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. Hft. 5 u. 6.)

H. schälte bei einer 39jährigen Frau ein 6000 g schweres Lipom aus dem retroperitonealen Gewebe aus, das alle Därme nach links verdrängt hatte. Heilung. Unter Benutzung der Litteratur giebt Verf. ein ausführliches Krankheitsbild, in dem besonders die diagnostischen Schwierigkeiten auffallen. Eigentliche speciell pathognomonische Zeichen fehlen. So ist auch bis jetzt nur einmal die Diagnose vor der Operation gestellt worden. Die Behandlung ist eine operative, die Operation ist meistens leicht, doch können Darmresektionen nöthig werden. Den Schluss der Arbeit bildet ein Auszug aus den bisher veröffentlichten Krankengeschichten. **Calmann** (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. **Sonnabend, den 30. März.** **1901.**

Inhalt.

I.

Was sind Stirnlagen?

Von

Arthur Mueller in München.

In der Encyklopädie für Geburtshilfe und Gynäkologie von Sänger und v. Herff sagt Schatz p. 295:

»Die Stirnlagen sind, weil sehr selten (1:2000 Entbindungen) vorkommend, wenig studirt worden, und doch müssten sie, gerade weil so selten, um so mehr theoretisch gepflegt werden; denn sie bringen den Uneingeweihten, wenn sie ihm doch einmal vorkommen, gewöhnlich in große Verlegenheit und führen leicht zu Unglück für Mutter und Kind.«

Diese gewichtige Äußerung unseres hochgeschätzten Altmeisters erscheint mir wichtig genug, um auf dieselbe aufmerksam zu machen, da die Geburtshilfe im Laufe des letzten Jahrhunderts immer mehr zu dem Bestreben gekommen ist, die selteneren Lagen als praktisch unwichtig hinzustellen und dem entsprechend in den Lehrbüchern

wenig oder gar nicht zu berücksichtigen. In derselben Versammlung, in welcher Schatz den Vortrag hielt[1], welcher dem in der Encyklopädie wenig verändert gebrachten Aufsatze zu Grunde liegt, wurde mir als hauptsächlichster Einwand gegen die von mir befürwortete genauere Eintheilung und Definition der Kopflagen entgegengehalten, dass die Seltenheit der von mir aus der Vergessenheit aufgegrabenen Lagen dieselben unwichtig erscheinen lasse, und dass dieselbe das Verständnis erschwere. Untersuchen wir an dem Beispiele der Stirnlage, ob dieser Einwand berechtigt ist, und ob meine Behauptung, dass über die Benennung der verschiedenen »Lagen« weitgehende und wissenschaftlich wie praktisch wichtige Verschiedenheiten in den maßgebendsten Kreisen herrschen, falsch ist.

In der (unter dem Titel »Zur Ätiologie der Stirnlagen«) ersten Veröffentlichung seines Aufsatzes gab Schatz keine Definition für die Verhältnisse, welche er mit »Stirnlage« bezeichnet, so dass ich bisher nur aus einer Diskussionsbemerkung schließen konnte, dass Schatz von allen mir bekannten modernen Autoren wesentlich abweicht. In der Encyklopädie l. c. p. 296 spricht er sich hierüber klar aus. Er sagt:

»Umgekehrt kann ein runder (kurzer) Kopf . . . . . sich in Lagen wälzen, welche zwischen Stirnlagen einerseits und Hinterhauptslagen oder Gesichtslagen andererseits etwa die Mitte halten: Vorderhauptslagen, Nasenlagen. Diese werden gewöhnlich auch als Stirnlagen bezeichnet«.

Dies ist, wie wir später in der Synonymik sehen werden, nicht richtig.

p. 297: »Solche Köpfe müssen in ihrer neuen Konfiguration geboren werden und stellen dann die sonderbaren, durchaus nicht immer gleichmäßigen Kopfformen dar, wie sie in den Lehrbüchern so eigenthümlich abgezeichnet werden. Beim naso-ventralen (dorso-posterioren der Franzosen. Ref.) Austrittsmechanismus stemmt sich bei reiner Stirnlage die Nasenwurzel gegen den Schambogen, bei Nasenlage der Oberkiefer, bei Vorderhauptslage die Glabella, beim naso-dorsalen (dorso-anterioren der Franzosen) Austrittsmechanismus dagegen bei reiner Stirnlage die kleine Fontanelle, bei Nasenlage der hintere Theil der Pfeilnaht. Bei Vorderhauptslage würde schließlich die Mitte der Hinterhauptsschuppe sich anstemmen müssen. Aber es rutscht dann gewöhnlich doch noch der Nacken in den Schambogen herein. Manchmal geschieht dies sogar bei reiner Stirnlage, und man muss dies wo irgend möglich begünstigen. Bei allen diesen unvollkommenen Mechanismen« etc.

In der Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkolgie Bd. XII. Hft. 2, in demselben Hefte, in welchem sich mein Vortrag, welcher diese Verhältnisse zu klären versucht, befindet, giebt R. Glitsch »Einen Beitrag zur Klärung der Frage nach der Entstehung der Stirnlagen«.

Nachdem er auf Schatz's Vortrag auf dem Naturforschertage in München Bezug genommen, beschreibt er einen Fall der Stuttgarter Klinik von Stirnlage.

---

[1] Naturforscherversammlung in München 1899. Centralblatt für Gynäkologie 1899. p. 1243.

»In dem Muttermunde fühlt man durch eine starke Kopfgeschwulst hindurch einen Theil des kindlichen Schädels, der sich als die Stirn erweist. Nach links hinüber gelangt man an die Nasenwurzel.«

In ausführlicher Erörterung der interessanten Verhältnisse des Falles in Bezug auf die Ätiologie etc. sucht er die Anschauungen von Schatz theils zu widerlegen, theils zu ergänzen.

Fragen wir uns nun, ohne auf die Ätiologie Rücksicht zu nehmen, ob denn der Fall von Stirnlage, den Glitsch beobachtete, den Fällen von »Stirnlage« entspricht, welche Schatz's Theorie zu Grunde liegen, und ob überhaupt die verschiedenen Geburtshelfer alle unter »Stirnlage« den gleichen Zustand oder Vorgang verstehen, so kommen wir zu dem für Viele vielleicht überraschenden Resultate, dass dies absolut nicht der Fall ist. Es folgt aber hieraus, dass die Angaben eines Autors über die Verhältnisse »seiner Stirnlage«, über Procentsatz, Ätiologie, Verlauf, Prognose etc. nicht ohne Weiteres mit den entsprechenden Angaben eines anderen Autors über »seine Stirnlage« verglichen werden dürfen, wenn nicht ganz falsche Schlüsse gezogen werden sollen. Es muss vielmehr erst festgestellt werden, was Beide unter »Stirnlage« verstehen. Eben so verhält es sich, wie ich l. c. nachgewiesen, auch mit den anderen Lagen. Viele scheinbar unvereinbare Widersprüche verschiedener Autoren dürften sich aus dem Versäumnis dieser Feststellung erklären. In früheren Arbeiten habe ich besonders auf die entsprechenden Unklarheiten, welche durch den Mangel einer anerkannten Definition der unter Vorderscheitellagen zusammengefassten verschiedenen Geburtsformen bedingt sind, hingewiesen. Dass eine eben solche Unklarheit über den Begriff Stirnlage herrscht, habe ich bisher weniger berücksichtigt.

Gehen wir die gebräuchlichsten modernen Kompendien und Lehrbücher durch, so finden wir, so weit überhaupt genauere Angaben darüber vorhanden, die Stirnlage folgendermaßen charakterisirt:

1) Im Beckeneingange steht die Wölbung der Stirn am tiefsten. An der einen Seite des Beckens liegt an der Linea innominata der Oberkiefer oder das Kinn, an der anderen Seite des Beckeneinganges sind die große Fontanelle und die Scheitelbeine zu fühlen. Man spricht hier noch von Gesichts-Stirn**stellung**. Im weiteren Verlaufe rückt meistens einerseits das Kinn abwärts unter die Linea innominata und andererseits die große Fontanelle aufwärts, und es entsteht Gesichtslage, Positio facialis. Selten rückt umgekehrt der Unterkiefer etwas nach oben, und die Gegend, welche durch eine Linie vom Oberkiefer nach einer Stelle hinter der großen Fontanelle bestimmt wird, tritt in das Becken: Man fühlt auf der einen Seite die Nasenwurzel und die Supraorbitalränder, auf der anderen Seite, oft bedeckt von der großen Kopfgeschwulst, die große Fontanelle und dahinter ein Stück der Pfeilnaht. Die Wölbung der Stirn zwischen großer Fontanelle und Nasenwurzel bildet hier den tiefsten Punkt: Stirnlage, Positio facialis.

2) Der Austritt erfolgt in der Weise, dass bei meist noch schräg stehendem Kopfe ein Jochbogen unter den Schambogen tritt, unter welchem die Nase und ein Auge zuerst sichtbar werden; der Oberkiefer resp. Jochbogen dient als Hypomochlium, um welchen das Hinterhaupt über den Damm rotirt, und dann erst tritt Ober- und Unterkiefer unter dem Schambogen hervor.

Die Kopfform ist eine kegelförmige, die Spitze des Kegels liegt zwischen großer Fontanelle und Nasenwurzel annähernd in der Mitte. So bilden diese charakteristische Form ab als »Stirnlage« Ahlfeld, Döderlein, Schröder, F. v. Winckel und vor Allen Kleinwächter in seinen schönen »Geburtshilflichen Phantomen«.

Die gleichen Autoren bilden als Vorderhauptslage oder Vorderscheitellage eine typische Kopfform ab, bei welcher die Profilansicht einem Rechtecke ähnelt, dessen vordere obere Ecke dem vorderen Ende der großen Fontanelle entspricht und etwas höher steht, als die nach hinten leicht abfallende Fläche des Schädeldaches. Der untersuchende Finger kann die Gegend von der senkrechten Stirnfläche oberhalb des Arcus superciliaris bis zum Hinterhaupte mit der kleinen Fontanelle abtasten. Die große Fontanelle steht am tiefsten, wesentlich tiefer als die kleine Fontanelle. Diese Lage, welche sich noch durch Umhebelung um die Nasenwurzel unterhalb des Arcus superciliaris charakterisirt, wird von den meisten Autoren Vorderscheitellage genannt, seltener Vorderscheitellage 1. oder 2. Unterart, oder schwerer Mechanismus der Vorderscheitellage (F. v. Winckel) oder Scheitellage, oder Vorderhauptslage, oder Vorderscheitel-Stirnlage (Kehrer), Pos. sincipitalis. (Siehe meine Synonymik l. c. p. 278.)

Als Mittelscheitellage Kehrer, charakterisirt durch Gleichstand der Fontanellen, hoch-brachycephalen Kopf, bei welchem die Mitte zwischen großer und kleiner Fontanelle den höchsten Punkt bildet und bei welcher die Umhebelung um die Stirnfläche oberhalb der Arcus superciliares erfolgt, beschreibt Kehrer eine Geburtsform, welche in den meisten neueren Lehrbüchern vermisst wird. Dieselbe wurde auch von mir mehrmals beobachtet und als Pos. verticalis beschrieben.

Untersuchen wir nun, welche dieser Geburtsformen Glitsch beobachtete und beschrieb, so kann dies nur die Stirnlage nach dem allgemein üblichen Begriffe unserer Pos. frontalis sein.

Diese entspricht aber Schatz's Nasenlage. Dieser letztere Ausdruck findet sich übrigens bei keinem anderen der mir bekannten modernen Autoren. Wenn nun Schatz die Statistik anderer, als seiner Klinik für irgend welche Angaben über seine »Stirnlage« verwendet, so ist dies falsch, da die »Stirnlage Schatz« der Vorderscheitellage (ex parte) Positio sincipitalis der anderen Kliniken entspricht. Die Stirnlage Schatz = Pos. sincipitalis ist viel häufiger als 1 : 2000, wodurch sich auch die »Häufung«, welche er eben so wie seiner Zeit Kehrer beobachtete, erklärt.

Eine Häufung der »Nasenlage Schatz«-Stirnlage der übrigen Autoren ist noch nie beobachtet worden. Für diese Lage ist 1:2000 noch zu gut gerechnet.

Wenn nun Glitsch die werthvollen Beobachtungen Schatz's über die Ätiologie seiner Stirnlagen auf den Fall der Stuttgarter Klinik überträgt, so ist dies natürlich ebenfalls unzulässig, da dieser Fall nach Schatz als »Nasenlage« zu bezeichnen wäre und sich die Arbeit von Schatz nicht mit dieser Lage beschäftigt. Ich habe mich in meiner Arbeit (l. c.) auf die einfache Klarlegung der herrschenden Missstände unserer Nomenklatur beschränkt und die wissenschaftlichen Missverständnisse, welche hieraus resultiren müssen, nur angedeutet.

Der vorliegende Fall schien mir geeignet, an einem praktischen Beispiele klar zu legen, wie ohne Feststellung der Synonymik und eventuelle Vereinigung auf gemeinsame Namen wissenschaftliches Arbeiten nicht möglich ist.

Zu diesen zwei verschiedenen als Stirnlage bezeichneten Lagen kommt aber noch eine dritte. In dem kurzen Abrisse der geburtshilflichen Operationslehre, welche sich in Börner's Reichs-Medicinal-Kalender befindet, und welcher wegen seiner großen Verbreitung bei den praktischen Ärzten Bedeutung hat, bildet Prof. H. Freund unter E Fig. 19 p. 251 »Zange bei Stirnlage« einen lang-ovoiden Kopf ab, bei dem die große Fontanelle unter der Symphyse sich anstemmt, die kleine Fontanelle tief steht; also eine Hinterscheitellage Kehrer = Positio occipitalis posterior. Wir haben demnach

I. Stirnlage der Autoren = Pos. frontalis posterior mihi = Nasenlage Schatz.

II. Stirnlage Schatz = Positio sincipitalis posterior mihi = Vorderhauptslage, Vorderscheitellage etc.

III. Stirnlage H. Freund = Pos. occipitalis posterior mihi = III. und IV. Hinterhauptslage = abweichender Mechanismus etc.

Vergleichen wir die Schatz'schen Bezeichnungen der dorsoposterioren Kopflagen mit denen Kehrer's, so ergiebt sich:

1)	Schatz'	Hinterhauptslage	=	Kehrer's	Hinterscheitellage.
2)	»	Vorderhauptslage	=	»	Mittelscheitellage.
3)	»	Stirnlage	=	»	Vorderscheitel-Stirnlage.
4)	»	Nasenlage	=	sind von Kehrer	Stirnlage d. Autor.
5)	»	Gesichtslage	=	nicht berücksichtigt	Gesichtsl. »

Schatz, welcher den Verlauf der verschiedenen, wie er sagt, »unvollständigen« Mechanismen eben so schildert wie Kehrer, ist der einzige Autor, welcher auch den von der Hinterhauptslage bisweilen abweichenden Verlauf dieser Einstellungen bei dorso-anteriorer Stellung beschreibt, also trotz der »Unvollständigkeit«, die er ihnen zuschreibt, ihnen alle von der Richtung des Rückens abhängigen 4 oder 6 Unterarten zugesteht!

Auf den Namen allein kommt es ja freilich nicht an, aber der Name dient zur Verständigung. Wenn, wie zu wünschen, Schatz's Aufforderung, die seltenen Lagen wieder mehr zu studiren, Erfolg haben soll, dann muss die Grundlage für gegenseitiges Verständnis, die Nomenklatur, vorerst geklärt werden.

II.

Einige Bemerkungen zu Herrn Dr. Prowe's „Gynäkologische Gesichtspunkte etc.".

Von

Dr. **Steinschneider** in Breslau-Franzensbad.

Im Centralbl. für Gynäkologie (No. 3, 19. Januar 1901) befindet sich ein kurzer Bericht über einen von Herrn Dr. Prowe in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg gehaltenen Vortrag und die daran sich knüpfende Diskussion über das Thema: Gynäkologische Gesichtspunkte bei der Prostituirtenkontrolle in Südamerika. In diesem Berichte sind mehrere Äußerungen wiedergegeben, welche einem überzeugten Anhänger der Neisser'schen Grundsätze so sehr gegen den Strich gehen, dass er sich die Einrede nicht versagen kann.

Die markanteste Äußerung, auf welcher sich anscheinend die ganze Anschauung Herrn Prowe's aufbaut, liegt in dem folgenden Satze:

»Das bloße Einbringen von Gonokokken auf intaktes Epithel erzeugt keinen Tripper (!). Die bisher gelungenen Einimpfungen des Trippers haben aus der Kultur entweder ein leicht ätzendes Gift auf die Schleimhaut übertragen oder diese ist dabei etwa verletzt worden.«

Angesichts dieser Behauptung Herrn Prowe's kann ich nur annehmen, dass ihm während seines Aufenthaltes in Centralamerika die ganze auf die Gonokokkenfrage bezügliche europäische Litteratur nicht zugegangen oder von ihm aus Zeitmangel nicht genügend gewürdigt worden ist.

In meinem Berichte »Über die Kultur der Gonokokken« (Berliner klin. Wochenschrift 1893 No. 20) habe ich über eine von mir vorgenommene erfolgreiche Einimpfung von Gonokokken Mittheilung gemacht: Einem jungen Kollegen, dessen Urethra vorher bakteriologisch untersucht und gesund befunden war, wurde unter allen Kautelen eine minimale Menge einer 2 Tage alten Gonokokkenkultur mittels einer kleinen, ganz glatten Platinöse, welche keine Verletzung erzeugen konnte, in die Urethra eingetragen und damit eine typische Gonorrhoe erzeugt. Bereits nach 20 Stunden war reichliches glasigschleimiges Sekret aufgetreten und in demselben Unmassen von Gonokokken, welche innerhalb von Eiterzellen gelagert waren, nachweisbar.

Könnte Gonorrhoe durch Impfung mit Gonokokken ohne vorherige Ätzung oder Verletzung nicht erzeugt werden, woher wäre in diesem Falle das rasche, reiche Wachsthum der vorher nicht vorhanden gewesenen Tripperkokken innerhalb der Urethra zu erklären?

Analoge Versuche mit analogen Resultaten sind von Wertheim, Finger und vielen anderen Autoren mit gleichem Erfolge vorgenommen worden. Der Beweiskraft derselben könnte sich nur derjenige entziehen, dessen klares Urtheil durch eine vorgefasste Meinung getrübt wäre.

In die Kategorie der vorgefassten Meinungen dürfte auch die Äußerung Herrn Prowe's gehören: »Der Nachweis einiger Gonokokken im Genitalsekrete einer Prostituirten begründet praktisch nicht dessen Gefährlichkeit«. Es ist allerdings nicht möglich anzugeben, wie groß die Anzahl der von einer Prostituirten beherbergten Gonokokkenerreger sein muss, um deren »Gefährlichkeit zu begründen«. Warum sollten aber »einige wenige« Gonokokken, wenn sie der Urethra eines Mannes entstammen, »gefährlicher« sein, als die gleichen Mikroben aus dem Sexualorgane einer Puella? Wie oft sind schon Fälle zur Beobachtung gekommen, in welchen Männer, die an chronischen Gonorrhoen gelitten hatten, anscheinend davon geheilt waren, bei wiederholten Untersuchungen keinen Gonokokkenbefund hatten wahrnehmen lassen, ihre jung angetrauten Ehefrauen doch mit Gonorrhoe inficirten und nachher erst das Auftauchen von Tripperkokken in größerer Menge konstatiren ließen. Wie will man diese Infektion von in sittlicher Beziehung unanfechtbaren jungen Frauen anders erklären als dadurch, dass »einige« Gonokokken des Mannes, welche in so spärlicher Anzahl vorhanden gewesen waren, dass man sie gar nicht aufzufinden vermochte, die Infektion verursacht haben? So lange uns Herr Prowe nicht stringentere Beweise gegen unsere Ansicht erbringt und seine Meinung nur auf ungestützten Behauptungen aufbaut, werden wir doch wohl bei der Überzeugung bleiben müssen, dass auch eine geringe Anzahl von Gonokokken die Gefahr der Ansteckung in sich birgt.

Denselben Unglauben können wir nur der Behauptung entgegenbringen, dass »Reinfektionen der geheilt (im praktischen Sinne) Entlassenen fast nie beobachtet werden«. Allenfalls kann man nach der vorher erwähnten Äußerung Herrn Prowe's annehmen, dass Herr Prowe die Prostituirten für »praktisch geheilt entlassen« hat, auch wenn noch einige Gonokokken bei ihnen nachzuweisen waren. Woran er dann die »praktische Heilung« feststellte, sagt er uns nicht. Wir meinen aber, die »praktisch Geheilten« seien nicht thatsächlich geheilt gewesen und ein Recidiv nicht eingetreten, weil eben die ursprüngliche Erkrankung noch bestand.

Wenn Herr Prowe ferner sagt, dass »der akuten Endometritis fast immer eine primäre Infektion zu Grunde liege und sie häufig

die primäre sei, von wo aus Vulva und Adnexe später inficirt werden«, so hat er schon in der Sitzung der geburtshilflichen Gesellschaft in Hamburg durch Herrn Seligmann Widerspruch erfahren. Ich kann nur noch auf die Breslauer Untersuchungen, bei welchen ich mitthätig war, verweisen. Nach dem Ergebnisse derselben war wohl in sehr vielen Fällen die Urethra allein ohne die Cervix, fast nie aber die Cervix allein ohne die Urethra gonorrhoisch erkrankt. Junge Frauen, deren Gonorrhoen man meist erst dann zu Gesichte bekommt, wenn heftiger, eitriger Ausfluss aus der Vagina zum Arzte treibt, berichten ausnahmslos, dass sie mehr oder weniger lange Zeit vor dem Eintritte des heftigen Fluors, gewöhnlich bald nach Eintritt in die Ehe heftiges Brennen beim Harnlassen empfunden hatten. Liegt hierin auch kein wissenschaftlicher Beweis, so stimmt die Thatsache doch viel zu sehr mit den Ergebnissen unserer Untersuchungen überein, als dass man einen nichtssagenden Zufall in diesem Zusammentreffen erblicken, nicht mit gewisser Berechtigung annehmen sollte, es sei eben bei solchen Frauen vor allen Dingen die Urethra erkrankt.

Dass bei dem »Hinaufklettern des Trippers« der Coitus eine namhafte Rolle spiele, ist wohl selbstverständlich, weniger klar, was Anämie, wie Herr Prowe meint, damit zu thun haben soll. Wir haben unzählige Menschen, Männer wie Frauen, welche sich der blühendsten Gesundheit, der lebhaftesten Blutbildung zu erfreuen hatten, von der gonorrhoischen Infektion betroffen werden gesehen.

Mit Zustimmung können wir jedoch den Ausspruch Prowe's begrüßen, dass die gonorrhoische Endometritis kein so absolutes Noli me tangere involvire, als die Mehrzahl der Gynäkologen annimmt. Ich selbst habe Fälle von frischer gonorrhoischer Endometritis in der Weise wiederholt erfolgreich behandelt, dass mit watteumwickelten, in 50%igen Ichthyol-Glycerin getauchten Stäbchen Auswischungen des Cervicalkanals vorgenommen wurden. Dabei schwanden die Gonokokken aus dem Cervicalsekrete bald, ohne dass während der Behandlung unangenehme Zwischenfälle der Gonorrhoea ascendens wahrzunehmen gewesen wären.

Referate.

1) **Blacker** (London). Ursachen, Verhütung und Behandlung der Nachgeburtsblutungen.

(Lancet 1900. December 29.)

Bringt die fleißige Arbeit des Verf. auch nichts wesentlich Neues, so verdient dieselbe doch erwähnt zu werden, schon im Hinblicke darauf, dass 15 130 Geburten verwerthet wurden mit 139 Fällen von stärkerer Blutung. 2mal war der Ausgang ein tödlicher, d. h. auf 7565 Geburten kam 1 Todesfall an Nachblutung. Veit berechnete auf 9413 Geburten erst einen Todesfall. Unter den Ursachen der

Nachblutungen spielen für B. neben den auch von deutschen Autoren angegebenen eine Rolle: Schwäche, Erschöpfung und ungünstige Ernährungsverhältnisse der Mutter. Myxödem führt nach Ord zu Blutungen; hinsichtlich der Albuminurie sind die Meinungen getheilt. Pathologische Zustände der Uteruswand, wie Tumoren, fettige Degeneration (Bossi) und septische Infektion (Fritsch) können zu Nachblutungen führen. Adhäsionen des Uterus (nach Ventrofixation) haben nach Graily Hewitt unter 102 Fällen 5mal zu schweren Nachblutungen geführt. Schließlich glaubt B. auch, dass psychische Depressionszustände und Chok wegen unregelmäßiger Herzaktion und durch Vasodilatation Blutungen veranlassen könnten. Zur Verhütung der Blutungen soll man Frauen, die gelegentlich früherer Geburten stark bluteten, nach Atthill im letzten Schwangerschaftsmonate kleine Dosen Ergotin und Strychnin geben. Bei Hämophilie wird empfohlen, 2—3 Wochen vor der Entbindung Chlorcalcium zu geben. Die zweite Geburtszeit soll mehr mit Opium und Ruhe als mit der Zange behandelt werden. Ist der Muttermund annähernd verstrichen, so soll man Secale geben. Die Behandlung der Blutungen, die B. empfiehlt, ist die auch bei uns übliche. Zu erwähnen ist, dass die Injektion eines Stypticums nicht völlig verworfen wird. Die Uterustamponade hat nur Werth bei Tumoren des Uterus oder bei Verwachsungen desselben. Häufig wurde die bimanuelle Kompression verwendet, wobei die innere Hand keinen Druck durch das vordere Scheidengewölbe ausüben soll. **Rissmann** (Osnabrück).

---

2) **C. H. Stratz** (Haag). Der Werth der Lendengegend für anthropologische und obstetrische Messungen.

(Separatabdruck aus dem Archiv für Anthropologie Bd. XXVII.)

Verf. bringt in der angeführten Arbeit einen neuen, interessanten Beitrag aus dem von ihm schon so erfolgreich bearbeiteten Gebiete des Studiums des weiblichen Körpers. Nachdem Waldeyer in seinem Werke über das Becken den Ausspruch von S. widerlegt, dass »die seitlichen Kreuzgrübchen für das weibliche Geschlecht charakteristisch seien«, gelingt es Letzterem, bezüglich dieser Grübchen bestimmte und konstante Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Geschlechte zu statuiren. Beim Manne, wo man sie nach S.'s Untersuchungen nur in ca. 25% der Fälle findet, ist die Distanz zwischen beiden Grübchen konstant 2—3 cm kleiner als beim Weibe und beträgt 7—8 cm, beim Weibe 10—11 cm; in beiden Fällen ist sie ganz unabhängig von der Körpergröße. Die Lendenraute ist bei der Frau außerdem flacher, deutlicher abgegrenzt und stärker gegen den Horizont geneigt als beim Manne. Bemerkenswerth ist der Befund, dass das Maß der Kreuzgrübchen in konstantem und direktem Verhältnisse steht zu dem der Conjugata vera. Verf. konnte diese geburtshilflich wichtige Thatsache an normalen und pathologischen Becken nachprüfen.

Die Rasse scheint, so weit sich die Untersuchungen bis jetzt erstrecken, keinen Einfluss zu haben auf die Distantia spinar. poster.

Die beiden Kreuzgrübchen sind die einzigen konstanten Begrenzungspunkte der Lenden- oder Michaelis'schen Raute (nicht zu verwechseln mit der Kreuzraute von Waldeyer). Die übrige Begrenzung ist individuell sehr schwankend.

Die Arbeit ist durch 13 nach Photographien reproducirte Figuren in klarer und schöner Weise illustrirt. **O. Burckhardt** (Basel).

---

3) **Schirschoff** (St. Petersburg). Über Colpitis nodularis sive follicularis. (Aus Prof. Chiari's pathol.-anatom. Institute.)

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. Hft. 7.)

Die Colpitis follicularis (Breisky) ist, obwohl in der neueren Litteratur kaum mehr erwähnt, doch als eine besondere Erkrankungsform der Scheide anzuerkennen, sie ist fast ausschließlich dem mittleren, ganz besonders dem Greisenalter (23,4% aller secirten Frauen von 60—90 Jahren), ferner auch der Periode der Schwangerschaft eigenthümlich. Makroskopisch charakterisirt sich die Erkrankung durch eigenartige graue Flecke oder Knötchen, die der vorzugsweise befallenen hinteren Scheidenwand ein getigertes Aussehen geben. meist stecknadelkopfgroße, oft aber auch Linsengröße erreichende Flecke waren zumeist annähernd kreisrund, seltener oval, oft auch unregelmäßig geformt und konfluirend, stets aber am zahlreichsten und größten im hinteren Scheidengewölbe. Die Knötchen machten beim Betasten den Eindruck von weichen, glatten, rundlichen Erhebungen, sehr stark an kleine Varixknoten erinnernd. Sowohl an den Flecken, als an den Anschwellungen sah man bisweilen Bläschen und Substanzverluste. Fast alle so erkrankten Vaginen wiesen Erscheinungen (diffuser oder begrenzter) Hyperämie, bisweilen auch diffuse schieferfarbige Pigmentation der ganzen Schleimhaut auf, also Symptome chronischen Katarrhs. Die Natur dieser Herde wurde von den Autoren verschieden aufgefasst: als adenoide Substanz, als Veränderungen der Papillen, als subepitheliale entzündliche Processe (Ruge-Eppinger), als Drüsenhypertrophien etc. Durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen (Serienschnitte) konnte S. in Bestätigung der Ansicht Breisky's und Chiari's nachweisen, dass diese Flecke thatsächlich Anhäufungen von Lymphocyten sind, die sich zu follikulären Gebilden formiren und ihrer Struktur nach den Lymphknötchen des Dünndarmes ähnlich sind. Auch die bisher ebenfalls unentschiedene Frage nach der Präexistenz von lymphatischen Bildungen in der Scheide zog S. in den Bereich seiner Untersuchungen. Er fand nie in der normalen Schleimhaut der Scheide, sondern nur bei Gegenwart von katarrhalischen Erscheinungen solche Bildungen. Der follikuläre Process in der Vagina ist also ein pathologischer Neubildungsprocess, der eine Begleiterscheinung des chronischen Katarrhs darstellt. Die Colpitis vetularum Ruge's und die

Colpitis miliaris et vesiculosa Eppinger's sind Modifikationen derselben Erkrankung. Nach den anatomischen Besonderheiten muss die Colpitis follicularis s. nodularis streng von den übrigen Erkrankungen der Scheide getrennt werden. Breisky sah im Wochenbette solche Flecke verschwinden. Außerhalb der Gravidität aber zeigt dieser Process, wie die Häufigkeit und Beständigkeit seines Vorkommens im vorgerückten und Greisenalter beweist, eine sehr lange Dauer und einen äußerst langsamen Verlauf. **Piering** (Prag).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 8. Februar 1901.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Gerstenberg demonstrirt:

a. einen einkammerigen linksseitigen Ovarialabscess von Faustgröße, der mit dazugehöriger Sactosalpinx in offener Verbindung steht. Er war besonders stark mit der Flexur verwachsen, entleerte beim Auslösen durch Laparotomie Eiter. Keine Drainage, Ventrifixur des retroflektirten Uterus, Heilung. Anamnestisch bestand vor 10 Jahren Gonorrhoe, Partus vor 5 Jahren, Beschwerden seit 3 Jahren.

b. Eine multiple Abscedirung der Corpora lutea eines ebenfalls linksseitigen Ovariums von Gänseeigröße, verbunden mit Tuberkulose des ampullären Tubentheiles und des Ovariums selbst; in letzterem wurden bis jetzt perifollikuläre und in einem(?) Corpus luteum-(?)Abscess miliare Tuberkel und Riesenzellen nachgewiesen. Das Ovarium war allseits von Schwielen (Adhäsionen mit Dünndärmen) umgeben, unter denen die wenig ektatische und verdickte Tube hinlief, um ampullär in einen der Luteïnabscesse zu münden. Uterus retro-dextro-flektirt, infantil, von Dünndärmen eingemauert und nicht zu Gesicht zu bringen; das andere Ovarium wenig verändert, fixirt. Es bestand allgemeine chronische Adhäsivperitonitis ohne Knötchenbildung, aber doch wohl auf Grund früherer Tuberkulose nach dem Ovarialbefunde und der Anamnese: 3 schwere Unterleibsentzündungen gingen früher voraus.

Pat., eine 23jährige Nullipara, klagte über Abmagerung, Kreuzschmerzen, Schleimabgang aus dem Darme. Die Regel war spärlich und selten. Der Tumor wurde uneröffnet per Laparotomie ausgelöst, Verzicht auf Douglasdrainage, weil technisch unmöglich. Der Verlauf war zunächst befriedigend, dann Exitus am 26. Tage durch allmählich sich entwickelnde Peritonitis.

Herr Carl Ruge wendet sich gegen die Bezeichnung von Abscessen statt vereiterter Cysten und hebt hervor, dass Ovarialabscesse selten, vereiterte Cysten dagegen häufiger sind.

2) Herr A. Pinkuss demonstrirt einen etwa mannskopfgroßen Uterus myomatosus mit sarkomatöser Degeneration, die erst durch nachträgliche mikroskopische Untersuchung festgestellt wurde; im postoperativen Verlaufe trat ein Stumpfexsudat im linken Parametrium auf. Etwa 6 Wochen nach der Entlassung entstand bereits im linken Parametrium ein Recidivtumor. Vortr. erörtert im Anschlusse an den vorliegenden Fall die Nothwendigkeit, Frauen mit Uterus myomatosus recht sorgfältig zu beobachten, regelmäßig zu untersuchen, damit der Verdacht auf maligne Degeneration recht frühzeitig die Ausführung der Exstirpation veranlasst. Er glaubt ferner, die so schnelle Entstehung des Recidives im linken Parametrium mit dem daselbst vorher bestandenen Stumpfexsudate in ursächlichen Zusammenhang bringen zu dürfen.

3) Herr Schülein zeigt einen Gallenblasentumor vor, der die Größe eines 8—9 Monate graviden Uterus hat, den er vor ca. 6 Monaten bei einer 40-jährigen Dame, welche hoch fieberte und peritonitische Erscheinungen zeigte, entfernt hatte. Die Diagnose war vorher schwer zu stellen. Der Tumor reichte tief ins kleine Becken hinein. Uterus lag unter und hinter dem Tumor. Pat. wurde vorher nicht in Narkose untersucht. Bei der Laparotomie wurde es sofort klar, dass es sich um einen Gallenblasentumor handelte. Wegen inniger Verwachsung mit der Leber wurde der obere Theil des Tumors abgeschnitten und in den oberen Bauchwundwinkel eingenäht. Ein Stein wurde nicht im Ductus cysticus gefunden. Die Gallenfistel war in ca. $4^1/_2$ Wochen geschlossen. Jetzt geht es der Pat. vortrefflich.

II. Herr Seydel hält den angekündigten Vortrag: »Über den heutigen Stand der Keimblattfrage«.

Referirend werden die ersten Entwicklungsvorgänge am Ei der Säugethiere bis zur Anlage des Mesoderms besprochen.

---

5) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu New York.

(Amer. journ. obst. 1900. Juli, August u. December.)

Sitzung vom 10. April.

Zahlreiche Präparate werden von Grandin, Boldt, Talbot demonstrirt.

Hierauf hält Gill Wylie einen Vortrag: Klinische Studien über funktionelle Störungen des Eierstockes.

W. giebt zunächst eine historische Einleitung, bemerkt, dass früher zahlreiche Fälle operirt wurden, die heute anderweitig behandelt würden, und dass er selbst nach seinen ersten 25 oder 50 Fällen niemals mehr cystische oder erkrankte Eierstöcke entfernt habe, oder normale wegen Blutungen und Dysmenorrhoe. Er sei überrascht, bei einer Durchsicht der Statistik verschiedener Hospitäler zu finden, dass 15—20% Fälle von cystischer Entartung der Eierstöcke ohne Adhäsionen betreffen. Häufig beruhe die Ursache der Dysmenorrhoe auf einer schlechten Entwicklung des Uterus, in Folge deren es zu unvollkommener Ovulation komme. Hier sei es besser, den Uterus, als die Eierstöcke zu entfernen, denn nervöse Erscheinungen würden seiner Ansicht nach mehr von ersterem als von den Eierstöcken ausgelöst. Keine Erkrankung der letzteren, mit Ausnahme von Eiterbildungen berechtigen zu einer Entfernung derselben. Er theilt dann noch zahlreiche Beispiele mit von unglücklichem Ausgange überflüssiger operativer Eingriffe.

In der Diskussion betont zunächst Boldt, dass es sich bei dem Vortrage von Wylie weniger um funktionelle Störungen als um Erkrankungen der Eierstöcke handelte. Finden sich Cysten, so ist sicher ein entzündlicher Process vorausgegangen. Einfache Fälle der Art würde heutigen Tages wohl Niemand operiren wollen, und auch in früherer Zeit wäre dies kaum geschehen. In ähnlichem Sinne sprechen Coe, Grandin u. A.

Sitzung vom 8. Mai.

Brothers demonstrirt das Präparat einer gonorrhoischen Pyosalpinx, welches er bei einer Kranken entfernte, die er vor 3 Jahren wegen desselben Leidens in der anderen Seite operirte. Er führt den Fall an als Beweis, dass es nicht nothwendig, stets bei dieser Erkrankung beide Tuben zu entfernen, denn die Frau war jahrelang vollständig gesund und erkrankte wieder in Folge einer neuen Infektion.

Boldt berichtet über einen Fall von Krebs des Corpus, bei welchem er wegen großer Schwäche Lachgas und Sauerstoff anwendete, und empfiehlt letzteren. Interessant ist hierbei, dass vorher in Folge der Ausdehnung des Magens durch Kohlensäure Behufs Feststellung der Diagnose einer bestehenden Magendilatation eine heftige Magenblutung eingetreten war, trotzdem ein Magengeschwür sicher von dem internen Kliniker ausgeschlossen war.

Auch Brettauer, Brothers, Cragin empfehlen das Anästheticum sehr warm in Fällen, wo Chloroform und Äther schlecht vertragen würden.

Boldt demonstrirt weiter eine Anzahl Präparate. Interessant ist ein Fall von Myomotomie, in welchem die Frau, 40 Jahre alt, bis vor Kurzem regelmäßig menstruirt war. Plötzlich hörten die Menses auf, die Brüste secernirten große Mengen Milch, so dass die Frau von verschiedenen Ärzten für schwanger gehalten wurde.

Auch Brothers berichtet über einen ähnlichen Fall.

G. W. Herman hält den Vortrag über das Thema: Geschwülste als Komplikation von Schwangerschaft.

Mittheilung über eine Anzahl von Fällen seiner Beobachtung, die nichts Bemerkenswerthes darbieten, eben so wie die sich daran knüpfenden allgemeinen Bemerkungen des Vortr.

In der Diskussion bemerkt Cragin, dass unter 2000 Fällen von Geburten in Sloane Maternity 14mal sich Komplikationen durch Fibroide gefunden hätten. In 7 Fällen verlief die Geburt trotzdem normal. Sehr häufig verschwinde während der Involution die Geschwulst. Am häufigsten seien Komplikationen von Eierstocks- und Nierencysten.

O. Jewett betont, dass bei Schwangerschaft der abdominelle stets dem vaginalen Wege vorzuziehen sei.

Sitzung vom 9. Oktober.

J. Brettauer berichtet über einen Fall von Lymphosarkom des Darmes. Die Kranke sollte wegen Dammriss operirt werden. Bei der Untersuchung fand sich zufällig ein faustgroßer Tumor in der linken Seite, der frei beweglich und theilweise fluktuirend war. Bei der Operation fand sich, dass eine Schlinge des Dünndarmes mit anderen Darmpartien und dem Netze fest verwachsen war. Das Mesenterium war infiltrirt und die Drüsen vergrößert. 20 Zoll des Darmes wurden nebst Mesenterium und den infiltrirten Drüsen resecirt. Tod nach 2 Tagen. Die Autopsie zeigte vollständige Vereinigung des Darmes und kein Zeichen von Entzündung, nur hämorrhagische Nephritis. Die Kranke hatte keinerlei Beschwerden und wusste nichts von einer Geschwulst.

Boldt bemerkt hierzu, dass Lymphosarkom häufig jahrelang bestände, ehe es zum Tode führe. Er erinnere sich eines Falles, in welchem er die Pat., die von Anfang an inoperabel war, 8 Jahre beobachtete.

G. L. Brodhead hält den Vortrag über: Behandlung der Hinterscheitelbeinlagen.

Er tritt sehr warm für die Drehung des Kopfes mittels der Zange ein, die er für gefahrlos hält, wenn richtig angewendet. Bedingung dafür ist, dass der Kopf gut flektirt ist, tief im Becken steht, womöglich im Beckenausgange, die Eihäute rupturirt, der Muttermund vollständig erweitert, Mastdarm und Blase entleert und vor Allem, dass die Diagnose sicher ist. Er zieht die nicht gefensterte Zange der gefensterten vor. Die Löffel legt er der Seite des Beckens an und lässt sie dann an die Seiten des Kopfes wandern. Die Griffe werden nach dem Schenkel der Kreißenden, gegen welche die Beckenkrümmung der Zange zeigt, dirigirt, und auf diese Weise vermeidet man die Gefahr einer Zerreißung durch die Spitze der Zange. Eine Drehung von 90° genügt fast stets. Befindet sich der Kopf in der richtigen Lage, so wird die Zange abgenommen und nochmals in der gewöhnlichen Weise angelegt, falls man nicht vorzieht, die Vollendung der Geburt der Natur zu überlassen.

B. theilt dann 8 Fälle mit, welche die Nützlichkeit und Ungefährlichkeit seines Verfahrens beweisen.

In der eingehenden Diskussion sprechen sich die meisten Mitglieder, Cragin, Edgar, Marx, Tucker, v. Ramdohr, ganz im Sinne des Vortr. aus, nur Malcolm McLean empfiehlt die Drehung mit der Hand, die ihm in allen Fällen gelungen ist.

Engelmann (Kreuznach).

Neueste Litteratur.

6) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIII. Hft. 1 u. 2.

1) E. Höhl (Chemnitz). Abnorme Epithelbildungen im kindlichen Uterus.

Von 3 an interkurrenten Krankheiten im Alter von einigen Tagen, 2 und 3 Jahren verstorbenen Mädchen wurde der Uterus untersucht und am Endometrium folgender Befund erhoben: Das obere und untere Drittel der Corpusschleimhaut zeigt normales Cylinderepithel, an der Grenze des oberen und mittleren Drittels der Vorder- so wie der Hinterwand finden sich stellenweise 2 über einander liegende Epithelarten: ein- bis mehrschichtiges Plattenepithel und darüber einschichtiges, zuweilen endothelartig glattes Cylinderepithel. Nur das erstere hat eine Basalmembran und unterscheidet sich außerdem durch hellere Kern- und Protoplasmafärbung von den Cylinderepithelzellen. Übergangsepithel fehlt vollkommen. Die Basalmembran ist stellenweise nach der Tiefe hin etwas vorgebuchtet, jedoch nirgends vom Epithel durchbrochen. Eine deutliche Prominenz der Epithelinseln nach dem Uteruscavum hin ist nirgends nachzuweisen. Im Bereiche der Epithelinseln zeichnet sich die Basalmembran durch einen großen Reichthum an elastischen Fasern aus. Die Plattenepithelinseln sind bei den älteren Uteri viel zahlreicher und viel stärker entwickelt. Mitosen fanden sich nirgends, wesshalb auch ein aktives Wachsthum der Epithelinseln bei Größenzunahme des Organs nicht sicher erscheint. H. vermuthet, dass bei der Verschmelzung des oberen Theiles der Müller'schen Gänge eine unregelmäßige Epithelneubildung die Plattenepithelinseln entstehen ließ. Einen sehr ähnlichen, von v. Friedländer publicirten Fall beurtheilt H. anders als der Autor selbst und glaubt, dass es sich um Folgezustände einer Endometritis handelt.

2) Peters (Wien). Beitrag zur Kasuistik der Vasa praevia und Gedanken zur Theorie der Insertio velamentosa.

IIIpara, bei der die Diagnose auf Vasa praevia bei tiefsitzender Placenta durch Digitaluntersuchung intra partum zu stellen war. Spontangeburt eines lebenden Kindes nach künstlichem Blasensprunge. In der Mitte der abnorm großen Placenta fand sich eine handtellergroße Coagulationsnekrose mit völligem Mangel von Placentargewebe. Insertio velamentosa, aberrante, gabelig getheilte Nabelschnurvene. Zwischen dieser und dem Placentarrande Placentargewebe in Form einer Placenta membranacea, das sich bis an die velamentös inserirte Nabelschnur verfolgen lässt. Dasselbe musste als Capsularis- (Reflexa-) Placenta angesprochen werden und lag in diesem Falle über dem inneren Muttermunde. Zur Aufklärung der Ätiologie der velamentösen Insertion fordert P. ein genaues Studium junger Eier in utero und empfiehlt zu diesem Zwecke die Markirung des unteren Eipoles durch Jodtinktur mittels Braun'scher Intra-uterin-Spritze. Die bisher bekannten menschlichen Eier zeigen die Keimanlage sämmtlich an der Serotina, und es müsste eine genügende Anzahl von jungen Keimen gefunden werden, wo die Keimanlage in der Capsularis liegt. Ist sie direkt vis-à-vis der Serotina gelagert, so wird ausnahmslos Insertio velamentosa resultiren; liegt sie näher gegen den Capsularisrand hin, so wächst mit der Annäherung die Möglichkeit einer Verschmelzung der Capsularispartie mit der Basalis. Die Einwirkung endometritischer Processe auf einseitige Entwicklung der Capsularis giebt P. zu und erörtert schließlich die Fragen, warum die Eieinbettung gewöhnlich so erfolgt, dass die Keimanlage an der Serotina liegt, ob eine Polarisation und Gravitation des Eies dabei einwirke. Erstere lässt sich nach Nagel's Untersuchungen nicht leugnen, letztere kann keinen ausschlaggebenden Einfluss auf die Eieinbettung haben. Man könnte die Frage klinisch prüfen, indem man vor Eintritt der Gravidität die Uteruslage feststellte. Bei Frauen, die mit retroflektirt liegendem Uterus gravid werden, müsste bei vorhandener Gravitation die Placenta stets an der Hinterwand sitzen, und bei

diesen Fällen müsste sich auch, Polarisation vorausgesetzt, die Mehrzahl von velamentöser Insertion finden. Die velamentöse Insertion wäre demnach sehr viel häufiger als thatsächlich. Lohnender ist es, die Fälle von velamentöser Insertion allein stets in dieser Weise zu prüfen. Von diesen müssten, bei Einbettung des Eies durch Polarisation, die bei vorheriger Anteflexio beobachteten die Placenta der Vorderwand des Uterus entsprechend, die bei Retroflexio vorkommenden dagegen der Hinterwand entsprechend erkennen lassen. Eine Sammelforschung sollte sich bestreben, mehrere Tausend solcher Fälle velamentöser Insertion zusammen zu bringen.

P. formulirt 10 Fragen, die durch die von ihm vorgeschlagenen Untersuchungsmethoden zur Beantwortung kämen.

Bezüglich der Therapie bei fühlbaren Vasa propria muss eine Ruptur der Gefäße verhindert werden wegen der großen Gefahr für das Kind. Die Blase soll bis zur genügenden Eröffnung des Muttermundes erhalten und dann an einer gefäßfreien Stelle gesprengt werden. Tritt die Frucht nicht rasch durch, dann sind Forceps resp. Wendung indicirt. Intra-uterine Kolpeuryse ist kontraindicirt, vaginale Kolpeuryse zu gestatten. Die Fälle, in denen bei Vasa praevia und Tiefsitz der Placenta lebende Kinder spontan geboren werden, sind äußerst selten.

3) F. Schenk (Prag). Beitrag zur Lehre von den pseudoligamentären Eierstocksgeschwülsten.

Verf. weist darauf hin, wie schwer die Unterscheidung von intraligamentärer und pseudo-intraligamentärer Geschwulstentwicklung, selbst am anatomischen Präparate, sein kann. Speciell Eierstocksgeschwülste entwickeln sich recht selten intraligamentär, sondern viel öfter retroligamentär, also pseudo-intraligamentär. Ätiologisch kommt hierbei besonders Perioophoritis in Betracht. Die Exsudatmassen können das Ovarium völlig umkapseln (Perioophoritis capsularis). Ein derartiger Fall, von Sänger operirt und geheilt, wird ausführlich mitgetheilt: Rechtsseitiges, mannskopfgroßes Drüsencarcinom des Ovariums, das in einer dicken, derben Kapsel eingeschlossen ist; abdominale Totalexstirpation des Uterus und der beiden Adnexe, Drainage nach der Scheide, Schluss des Abdomens; glatte Rekonvalescenz. Besonders interessant war der Befund am nicht vergrößerten linken Ovarium, das ebenfalls von einer derben Kapsel allseitig umschlossen ist, an welche die Tube (Hämatosalpinx) fest angewachsen war. Bei weiterer Geschwulstentwicklung auch am linken Ovarium wäre offenbar dasselbe Bild entstanden, wie es auf der rechten Seite vorlag. Nur der Umstand, dass am linken Ovarium die chronische Oophoritis mit Kapselbildung gleichsam im Anfangsstadium sich vorfand, ermöglichte in diesem Falle die Entscheidung, dass das rechtsseitige Ovariumcarcinom sich nicht intraligamentär, sondern pseudo-intraligamentär entwickelt hatte. Selbst aus der anatomischen Untersuchung der Tumorkapsel ging nicht hervor, ob dieselbe von Exsudatmassen oder von den Ligamentblättern gebildet wurde. Trotz der Größe des Tumors fand sich im rechten Ovarium noch normales Eierstocksgewebe mit Follikeln vor.

4) Puppel (Königsberg): Über die Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in präformirten Lymphbahnen.

Auf Grund recht genauer histologischer Untersuchungen, die er an 9 durch Totalexstirpation an der Winter'schen Klinik gewonnenen Uteri anstellte, kommt P. zu dem Resultate, dass die principielle Totalexstirpation des Uterus wegen beginnenden Portiocarcinoms nicht gerechtfertigt ist. Er fand, dass das Portiocarcinom diejenigen Lymphbahnen zuerst inficirt, die zwischen den Muskelbündeln der mittleren Muskelschicht hinziehen. Von hier aus erfolgt die weitere Ausbreitung entweder auf die Scheide oder auf dem Lymphwege direkt in den Theil des Parametriums, der dem erkrankten Abschnitte des Gebärmutterhalses entspricht. Metastasen im Corpus finden sich erst sehr spät, meist erst dann, wenn das Parametrium schon ergriffen ist. Im Corpus pflanzen sich die Carcinomkeime in Lymphbahnen fort, die in der innersten Muskelschicht sehr eng, in den anderen Schichten relativ weit sind und mit den Blutgefäßen keine Beziehung zu haben scheinen. Das Cervixcarcinom bevorzugt zur Ausbreitung die zum Theil peri-

vaskulären Lymphbahnen in der Schicht der großen und kleinen Blutgefäße, was ungefähr der Grenze zwischen mittlerer und äußerer Schicht der Corpusmuskulatur entspricht. P. verlangt auf Grund dieser Befunde, dass bei jedem operablen Portiocarcinom die Möglichkeit einer supravaginalen Portioamputation, besonders bei alten Frauen, erwogen wird. Er billigt die Forderung v. Franqué's, bei derartigen Amputationen grundsätzlich die hintere Blasenwand zu reseciren, wenn die vordere Lippe der Ausgang des Carcinoms ist, und will in analoger Weise das parametrane Gewebe möglichst ausgiebig entfernt wissen bei Erkrankung der hinteren Muttermundslippe. Stellt sich bei der Exkochleation mittels des scharfen Löffels, die stets vorauszuschicken ist, heraus, dass die Spitze des Carcinomtrichters den inneren Muttermund erreicht, dann kommen partielle Operationen eben so wenig in Frage, wie bei allen vorgeschrittenen Fällen.

5) K. Holzapfel (Kiel). Bemerkungen zu dem Aufsatze von Hübl »Weitere Untersuchungen über den queren Fundusschnitt nach Fritsch«.

H. geht vorzugsweise auf den Sitz der Placenta ein und auf die Frage, bei welcher Schnittführung eine Placentarverletzung am leichtesten zu vermeiden sei. Er bestreitet die Ansicht von Hübl, dass der Fundussitz der Placenta häufig ist, und stützt sich dabei auf Leopold's, Ahlfeld's und seine eigenen Untersuchungen (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. I u. II). Danach wird bei vorderem Längsschnitte die Placenta häufiger und stärker verletzt, als beim queren Fundalschnitte; bei letzterem wird eine vollständige Durchtrennung der Placenta wesentlich seltener sein. In den 132 Fällen, in denen H. mit Zuhilfenahme von Eisackbildern den Sitz der Placenta bestimmte, würde beim queren Fundalschnitte ungefähr jedes 5. Mal die Placenta getroffen worden sein, während nach den vorliegenden klinischen Mittheilungen etwa jedes 3. Mal die Placenta als verletzt angegeben ist. Bezüglich dieser Differenz weist H. auf die Unsicherheit der kleinen, zur Berechnung vorliegenden Zahlen hin und hebt hervor, dass bei nicht genau über die Funduskuppe, sondern etwas nach vorn angelegtem Querschnitte eine hochreichende, vorn sitzende Placenta getroffen sein könnte. Die Möglichkeit, den Sitz der Placenta aus dem Verlaufe der Ligg. rotunda und der Tuben zu bestimmen, giebt H. für 75% der Fälle zu und schlägt vor, den vorderen Medianschnitt nur dann zu wählen, wenn ganz sicher anzunehmen ist, dass die Placenta an der Hinterwand sitzt, wenn also die Ligg. rotunda ausgesprochen vorn verlaufen, in allen anderen Fällen den Fundus möglichst auf der Kammhöhe quer zu eröffnen, wenn nicht Bildungsanomalien, Myome etc. ein besonderes Vorgehen erfordern. Hinsichtlich der anderen diskutirten Punkte: Entwicklung des Kindes, Nahtanlegung, Blutstillung, Wundheilung glaubt H. nach den vorliegenden Operationsgeschichten die verschiedenen Schnittführungen ungefähr gleich bewerthen zu können. Er hebt hervor, dass bei dem queren Fundalschnitte die Gefahr späterer Adhäsionen oder infektiöser Peritonitis nach einem von ihm in Erlangen operirten Falle im Verhältnisse nicht größer ist als beim vorderen Längsschnitt.

6) Schroeder (Bonn). Zur Kaiserschnittsfrage.

S. stellt die bisher bekannt gegebenen Kaiserschnitte mit querem Fundusschnitt tabellarisch zusammen und kann denselben 13 neue aus der Bonner Frauenklinik anreihen, wodurch die Gesammtzahl auf 94 steigt. Auf die Details der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten soll hier nicht näher eingegangen werden. Von den Müttern starben im Anschlusse an die Operation 3. Zwei, bei denen wegen Portiocarcinom die abdominale Totalexstirpation angeschlossen wurde, an Sepsis resp. Lungenembolie, die dritte, bei der eine frühere Vaginaefixatio zum Kaiserschnitt gezwungen hatte, ebenfalls an Sepsis; eine 4. Pat. wurde mit Uterus-Bauchdeckenfistel entlassen und später Zwecks Schließung der Fistel nochmals laparotomirt, wobei sie an septischer Peritonitis zu Grunde ging. Sämmtliche Kinder wurden lebend extrahirt und blieben am Leben. Die Blutung bei der Uteruseröffnung war in den meisten Fällen minimal; war sie stärker, so konnte sie leicht durch 2 durchgreifende Nähte an den Enden des Uterusschnittes be-

herrscht werden. Nur 1mal wurde die Placenta im Fundus angetroffen. In allen Fällen gelang es leicht, von der Peritonealhöhle Fruchtwasser und Blut vollständig fern zu halten. Weiterhin polemisirt S. besonders gegen Hübl, dessen Ansicht über die größere Zweckmäßigkeit und Sicherheit des vorderen Längsschnittes er in ausführlicher, kritischer Darstellung widerlegt, wobei er sich auf die eigenen, nicht geringen Erfahrungen, so wie auf das Urtheil der überwiegenden Mehrzahl der Gynäkologen, die zu diesem Thema geschrieben haben, stützen kann. Die Bedenken Betreffs schwieriger Blutstillung, leichterer Verletzung der Placenta, schwererer Zugänglichkeit des unteren Uterinsegmentes weist er ohne Weiteres zurück und hebt die Vortheile der sehr leichten Entwicklung des Kindes, der ausgezeichneten Übersichtlichkeit des ganzen Uteruscavums hervor. Er betont ferner, dass die beträchtliche und gleichmäßige Dicke der Fundusmuskulatur in den Bonner Fällen stets zu beobachten war bis auf einen Fall, wo eine pathologische Überdehnung in Folge von Vaginaefixatio bestand. Die Haltbarkeit und Festigkeit der Fundusnarbe konnte in einem Falle von wiederholtem Kaiserschnitte konstatirt werden. Die Narbe war kaum noch zu erkennen; Einziehungen oder Wandverdünnungen fehlten. Fundusverwachsungen mit der Bauchwand sind nicht sicher zu vermeiden, aber auch nicht zu fürchten, wenn man an die durchaus günstigen Geburtsberichte nach Ventrofixation denkt. Eben so werden, wenn auch seltener, Darm- und Netzadhäsionen entstehen. Es ist wahrscheinlich, dass die Darmperistaltik dieselben wieder zu lösen im Stande ist. Bleiben sie bestehen, so wird die Zerrung am Fundus weniger stark sein als an der vorderen Uteruswand. Seit dem Fall Everke wird dem queren Fundusschnitte von manchen Autoren ganz besonders zum Vorwurfe gemacht, dass bei Infektion der Nahtstelle die Gefahr einer allgemeinen Peritonitis nahe liege, während der Process bei vorderem Längsschnitte mehr Aussicht habe, lokalisirt zu bleiben. S. weist dem gegenüber sehr richtig darauf hin, das beim vorderen Längsschnitte eine kongruente Lage der Uterus- und Bauchdeckennaht sehr unwahrscheinlich sei, da der Uterus nicht median liegen bleibt. Beim queren Fundusschnitte dagegen müssen sich beide Nahtreihen immer in einem Punkte berühren. Die Chancen für den Durchbruch eines etwaigen Abscesses nach außen liegen bei beiden Schnittführungen also mindestens gleich. Der letzte der von S. mitgetheilten Fälle bestätigt diese Annahme. Ein intraperitonealer Abscess brach nach außen durch und führte zu einer Bauchdeckenfistel. Wenn die Pat. späterhin bei dem Versuche, die Fistel durch die Laparotomie zu heilen, zu Grunde ging, so bildet das kein Argument gegen den queren Fundusschnitt.

7) Krönig und Füth (Leipzig). Vergleichende Untersuchungen über den osmotischen Druck im mütterlichen und kindlichen Blute.

Veit hat eine Versuchsreihe, betreffend den osmotischen Druck im kindlichen und mütterlichen Blute publicirt, wonach keine Isotonie zwischen beiden, sondern ein höherer osmotischer Druck im kindlichen Blute besteht. Die beiden Verff. prüften diese Befunde nach, indem sie mit dem von Beckmann augegebenen exakt arbeitenden Apparate vergleichende Gefrierpunktsbestimmungen ausführten. Ref. muss sich damit begnügen, die Schlussfolgerungen aus der mühevollen, mit großer Ausdauer und Sachkenntnis durchgeführten Arbeit kurz wiederzugeben. Die Versuchsreihe umfasste 20 Untersuchungen und bewies, dass das Blut einer Frau, gewonnen aus dem retroplacentaren Hämatom oder aus einer Armvene in der Austreibungsperiode oder kurz post partum, und das aus der Nabelschnurvene entnommene Blut des Neugeborenen isotonisch sind, also einen osmotischen Gleichgewichtszustand zeigen. Als Mittelwerth der Gefrierpunktserniedrigung fand sich — 0,520. Es ist sehr wahrscheinlich, dass bei Koncentrationsunterschieden zwischen kindlichem und mütterlichem Blute sehr bald durch die beide Gefäßsysteme trennende Chorionmembran hindurch eine diosmotische Bewegung diese Koncentrationsdifferenz ausgleicht und sowohl von Mutter zu Kind als auch in umgekehrter Richtung erfolgt. Diese Auffassung schließt nicht aus, dass die Chorionmembran für gewisse Stoffe, vielleicht auch für bestimmte Salze impermeabel ist. Die geringe Differenz, die Veit zwischen kindlichem und mütterlichem Blute herausfand,

beruht nach Meinung der Verff. auf Zufälligkeiten. Das Blut verschiedener Kreißender und verschiedener Kinder zeigt verschiedenen osmotischen Druck, doch auch hier ist der Unterschied klein. Auffallend ist, dass der Mittelwerth der Gefrierpunktserniedrigung für Erwachsene im Allgemeinen, wie er von Koranyi, Köppe mit 0,570 gefunden wurde, mit dem Mittelwerthe bei Kreißenden und Neugeborenen, selbst nach Ausschluss aller Fehlerquellen, immer noch um 0,05 eines Grades differirt. Endlich sei noch hervorgehoben, dass für Blutplasma, Blutserum und Blutkörperchen stets dieselbe Gefrierpunktserniedrigung von K. und F. gefunden wurde und dass sich durch wiederholtes Aufthauen und Gefrierenlassen bei kräftigem Schütteln des Blutes bis zu 8mal keine Änderung in der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes so wie seiner einzelnen Bestandtheile erkennen ließ.

8) Bonnet (Greifswald). Zur Ätiologie der Embryome.

B. hält die bekannte Wilms'sche Anschauung über die Entstehung der Embryome für richtig. Er glaubt, dass auch die Mehrzahl der »zusammengesetzten Dermoide« an anderen Stellen sich als parasitäre Bildung entpuppen werde. Auf das Lebhafteste bekämpft er den Versuch von Bandler, die Cohnheim'sche Theorie der Keimverschleppung für die Embryome anzunehmen. Er bezeichnet die Beweisführung von Bandler als nicht zwingend, seine embryologischen Anschauungen theilweise als falsch und hebt nach einem längeren entwicklungsgeschichtlichen Exkurs hervor, er halte es für bewiesen, dass die Embryome Organrudimente der Gewebe aller 3 Keimblätter enthielten.

Im Gegensatze zu Wilms und den anderen Autoren betont B. unter ausführlicher Darlegung der neueren Anschauungen über Ovo- und Spermatogenese und unter Heranziehung der Born'schen künstlichen Befruchtungsversuche, dass die Annahme von einer weiteren Entwicklungsfähigkeit der Vorstufen des reifen Ovulums unhaltbar und willkürlich sei. Eine parthenogenetische Furchung des Eies existirt bei Säugethieren und beim Menschen nicht. Die vielfach beschriebenen Theilungsvorgänge sind vielmehr entweder als abortive Theilung des zu Grunde gehenden Eies oder als Fragmentirung aufzufassen. Für die Entstehung der Embryome könnte entweder eine verzögerte Theilung einer oder mehrerer Blastomeren oder der Einschluss der nachträglich aus ihr gelieferten Organanlagen in schon weiter differencirten Keimgebieten angenommen werden. Auch könnte eine Befruchtung von Polzellen vorliegen. Wenngleich diese Zellen beim Menschen noch nicht nachgewiesen sind, so kann es doch als sicher betrachtet werden, dass sie beim Furchungsprocesse auch des menschlichen Ovulums durch Abschnürung entstehen. Nicht einem Ovarialei oder dessen Vorstufe also, sondern einem befruchteten Ei einer Polzelle, einem Theilstücke eines im Furchungstadium begriffenen Eies oder dislocirten resp. in der Theilung zurückgebliebenen Blastomeren verdanken die Embryome ihre Entstehung.

B. erwähnt, dass ein fortgesetztes, gewissenhaftes Studium die Richtigkeit dieser seiner Hypothese ergeben wird.

9) Brunner (Zürich). Kasuistische Mittheilungen.

I. Cervixcarcinom mit Pyometra und Pyokolpos bei Atresia vaginae senilis. 70jährige Frau, die vor 12 Jahren eine heftige Vaginitis senilis adhaesiva durchgemacht hatte. Dieselbe führt zu fester und völliger Verklebung, so dass die Vagina gar nicht zu sondiren war. Uterus und Scheide waren enorm dilatirt und vergrößert. Die Funduskuppe stand in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz, der Uterus war ca. kindskopfgroß, fluktuirend und markirte sich bei der Narkosenuntersuchung deutlich gegen die mehr quergedehnte, weichere, stark dilatirte Scheide. Vorsichtige, präparatorische Durchtrennung der verwachsenen Scheide, Entleerung von 1 Liter gelb-grünlichen Eiters mittels Trokars. Nachbehandlung mit Drainage. Nach 6 Wochen annähernd normale Vagina und ein bis auf Taubeneigröße zusammengeschrumpfter Uterus. Bei der digitalen Untersuchung fand sich Cervixcarcinom, das auf die Scheide und ein Parametrium übergegangen, somit inoperabel war (Plattenepithelcarcinom). Der Eiter, der sich in starkem Strahle entleerte und trotzdem nicht spontan die Atresia hatte sprengen

können, war steril. Das Carcinom musste sich nach bereits erfolgter Verwachsung der Vagina gebildet haben. Interessant ist die rasche und völlige Verkleinerung des Uterus bei der 70jährigen Frau.

II. 44jährige Virgo mit einem enormen Ovarientumor, der hochgradige Kompressionserscheinungen macht. Größter Leibesumfang 168 cm. Zunächst Punktion, nach einigen Tagen Laparotomie, wobei $60^1/_2$ Liter dunkelbrauner Cystenflüssigkeit entleert werden. Leicht lösliche Adhäsionen, keine Schwierigkeiten bei der Operation. Die exstirpirte Cyste ohne Inhalt wog 10 kg. Peritoneum und Darmserosa intakt. Nach guter Konvalescenz erneute Leibesanschwellung durch Ascites, das kleine Becken ausgefüllt mit einer harten Masse, im Septum rectum-vaginale und an der Stelle der ersten Punktion isolirte Knoten (Carcinom). Exitus. B. führte die erste Punktion aus, um die enorme Dyspnoë ohne Narkose zu vermindern, warnt aber wegen der Verschleppung maligner Keime doch davor. Die Verschleppung muss in diesem Falle bei der Laparotomie zu einer sehr intensiven, gleichmäßigen Infektion des ganzen Peritoneums geführt haben, da schon nach 3 Monaten die ganze Bauchhöhle mit einem gleichförmigen, theilweise mächtigen Überzuge bedeckt war. Die schwerste bisher operirte Cyste (Binkley) wog 103 kg ($80^1/_2$ kg Flüssigkeit und $22^1/_2$ kg feste Masse).

Tube.

7) Pompe van Meerdervoort (Haag). Über die Entstehung der Hydrosalpinx.

(Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecol. 1900.)

In einem Falle von starken uterinen Blutungen bei einer 54jährigen Pat. mit hühnereigroßen linken Adnexen wurde curettirt und mikroskopisch Hypertrophie der Mucosa mit Ödem des Stroma und geringen Veränderungen der Drüsen gefunden. Nach 5 Wochen wieder Beschwerden, Tumor jetzt mannsfaustgroß. Laparotomie. Hydrosalpinx links, mit klarer seröser Flüssigkeit, mikroskopisch kaum krankhafte Veränderungen.

Normaliter secernirt die Tubenschleimhaut keinen Schleim, bloß so viel seröser Flüssigkeit, dass die Oberfläche der Mucosa feucht ist. Diese Transsudation kann bei der Menstruation vermehrt werden, eben so bei Schwangerschaft, beides in Folge von Hyperämie. Eine solche Hyperämie findet sich auch in der dem Klimakterium vorangehenden Zeit. Wenn nun in Folge von seniler Involution der Genitalien, wie es nicht selten an der Tube und an anderen Stellen stattfindet, die schützende Epitheldecke der Schleimhaut verloren geht und die bloßgelegten Schichten mit einander verwachsen, kann die Tube am abdominalen Ende verschlossen werden, und das durch Hyperämie (der präklimakterischen Zeit) vermehrte Transsudat sich ansammeln. **Semmelink** (Leiden).

8) Fochier (Lyon). Hydrosalpinx mit Stieldrehung.

(Lyon méd. 1900. No. 30.)

3 Schwangerschaften, 1 Abort. Nach dem letzteren schmerzhafter Tumor konstatirt; $2^1/_2$ Monate später heftige Schmerzen mit Symptomen von Stieldrehung Operation, $^3/_4$ Liter Inhalt. Der Tubenverschluss war nicht im Pavillon, sondern im eigentlichen Lumen der Tube. **Zeiss** (Erfurt).

9) J. Edgar (Glasgow). Bemerkungen über Fälle von fälschlich diagnosticirter Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Glasgow med. journ. 1900. Juni.)

Es handelte sich um eine Beckenhämatocele in Folge Ruptur eines Ovarialhämatoms, um 2 Fälle von Pyosalpinx (einer davon mit Tuberculosis uteri) und um eine vereiternde, intraligamentäre Ovariencyste. Die Einzelheiten der Kranken-

geschichten hier in extenso mitzutheilen, lohnt sich nicht. Die Fälle erweisen nur alle zusammen, jeder in seiner Art, die Inkonstanz der subjektiven und objektiven Faktoren, die bei diesen Diagnosen in Betracht kommen.

Zeiss (Erfurt).

10) **W. Fischl** (Prag). Über einen Fall von Tubargravidität bei Uterus unicornis nebst Bemerkungen über Hämatocele.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 47.)

27jährige Frau, die bereits 2mal kleine Kinder, einmal vorzeitig, geboren hatte, erkrankt, nachdem 3 Monate zuvor die Regel sich um 14 Tage verspätet, dann aber wieder regelmäßig eingetreten war, plötzlich an schwerem Collaps, der trotz Bettruhe sich binnen wenigen Tagen 4mal wiederholte. Nachdem bereits nach dem 3. Collaps eine kleinapfelgroße Hämatocele konstatirt worden war und jetzt auch äußerlich ein bis zur Spina ant. sup. des Darmbeines reichender Extravasattumor aufgetreten war, also eine neuerliche Blutung, entschloss sich F. zur Laparotomie. Nach Ausräumung der sehr reichlichen Coagula Abtragung der linken Adnexa. Die erweiterte Stelle der Tube endet gegen die Bauchhöhle mit einer großen Öffnung mit unregelmäßigen sackigen Rändern, Fimbrien nicht zu finden, daher war die Bestimmung, ob Tubarabort oder Ruptur, nicht zu entscheiden. Die Besichtigung der rechten Seite zeigt, dass hier die Adnexa, das Lig. lat., ovaricum und rot. vollkommen fehlten, die rechte Beckenhälfte war ungetheilt wie beim Manne. Typischer Uterus unicornis, dessen rechte Kante genau in der Mittellinie stand. Nach Tamponade der linken Beckenhälfte Schluss der Bauchwunde und Eröffnung des Douglas Behufs Herausleitens des Streifens. Dabei zeigt sich, dass die Portio ganz in der linken Beckenhälfte stand. Am 8. Tage Wechsel des Tampons, am 18. Entfernung, worauf jedoch Fieber eintrat mit Bildung eines Abscesses im linken Parametrium, der schließlich durch die Bauchdeckennarbe durchbrach. Völlige Genesung. Der Fall ist interessant 1) durch die Komplikation mit Uterus unicornis, eine Rarität ersten Ranges. Die extramediane Stellung der Portio berechtigt, die Anomalie aus einem Uterus bicornis duplex herzuleiten, 2) durch die erwähnte Unmöglichkeit der Entscheidung zwischen Ruptur und Abort, 3) durch die (recht seltene) Nachblutung mit Durchbruch der Hämatocelenkapsel. — Die Therapie der Hämatocele soll vorwiegend konservativ sein, wenigstens bei einfacher, nicht komplicirter Hämatocele. F. ist überzeugt, dass bei Zuwarten von 1—2 Wochen sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von einfachen Hämatocelen alle Beschwerden verlieren und vollständige Resorption die Regel ist. Der vorliegende Fall beweist aber wieder, dass bei schon bestehender Hämatocele neue, gefahrdrohende Blutung, andererseits, dass auch bei sorgfältiger operativer Behandlung ebenfalls Eiterung eintreten kann.

Piering (Prag).

11) **Lebesgue** (Brüssel). Ein Fall von Tubenschwangerschaft.

(Ann. de la soc. Belge de chir. 1900. No. 8.)

32jährige IIIgravida. 1 Geburt, 1 Abort vor 9 Jahren. Seit einem Monate linksseitige Unterleibsschmerzen. Menses seit 6 Wochen ausgeblieben. Im linken Scheidengewölbe ein wenig umfangreicher Tumor. Nach einiger Zeit mehrtägige Blutung. Anhalten der krampfartigen Schmerzen. 4 Wochen später Uterus vergrößert, links neben ihm apfelsinengroßer Tumor. Köliotomie. Abtragung des linksseitigen, stark verwachsenen tubaren Fruchtsackes. Drainage durch den unteren Wundwinkel. Genesung durch eine Pneumonie gestört.

Graefe (Halle a/S.).

12) **P. Goullioud** (Lyon). Über Salpingotomie.

(Lyon méd. 1900. Januar 7.)

G. beschränkt die Indikation zur Salpingotomie auf 1) so zu sagen narbige Fälle, wo die Tuben nicht ausgedehnt, wenig verdickt, aber außen verschlossen,

am Beckenboden adhärent sind (hierbei oft fixirte Retroflexion), mit Schmerzen bei der geringsten Anstrengung in Gehen oder Arbeiten; 2) auf Salpingitis catarrhalis von längerer Dauer schon, oder Hydrosalpinx. Bei Pyosalpinx ist die Operation erst dann berechtigt, wenn wir ein sicheres Kriterium hätten über etwaige Sterilität des eitrigen Inhaltes.

Die mit der Salpingotomie verbundene Lebensgefahr ist minim; Recidive sehr selten. Die Frau wird möglichst wenig verstümmelt, die Möglichkeit fernerer Schwangerschaft erhalten. **Zeiss** (Erfurt).

Verschiedenes.

13) J. A. C. Kynoch (Dundee). Vaginale Köliotomie.

(Edinb. med. journ. 1900. Februar.)

Eine weniger Neues bringende, als Übersicht gebende Mittheilung. Verf. stellt die Indikationen ziemlich eng, ohne sich für anterior oder posterior principiell entscheiden zu können. Er operirte 3mal bei chronischer Oophoritis, darunter 1mal durch das vordere Scheidengewölbe; 2mal bei Prolaps eines Ovariums; 2 Extra-uterin-Graviditäten und 3 kleine Ovarialcysten vom hinteren Fornix aus.

Zeiss (Erfurt).

14) Howard Kelly. What precaution shall we take to avoid leaving foreign bodies in the abdomen after operation?

(Reprinted from the New York med. journ. 1900. März 24.)

Verf. glaubt, dass jeder erfahrene Chirurg ein oder mehrere Male in der Lage gewesen ist, eine Gazekompresse zufällig in der Bauchhöhle vergessen zu haben, weil er selbst die Zahl der benutzten Kompressen nicht kontrolliren konnte, der Assistent aber sich einen Irrthum in der Kontrolle zu Schulden kommen ließ. »Without doubt every sourgeon of any considerable experience has suffered in this way one or more times!« Einmal machte K. eine Hysterektomie mit der ihrer Zeit üblichen Drainage. Am nächsten Tage entdeckte er in der Drainage einen harten Körper, der sich als eine sub operatione in der Bauchhöhle vergessene Arterienklemme entpuppte. Die Pat. starb in Folge großen Blutverlustes, den sie während der Operation aus der linken Arteria uterina erlitten. In einem anderen Falle operirte K. die Frau eines mit Gonorrhoe behafteten Herrn wegen Beckenabscesse. Gleich nach der Operation musste er verreisen und fand bei seiner Rückkehr den Zustand der Operirten schlecht. Er vollzog die Wiedereröffnung der Bauchwunde und war so glücklich, einen großen dicht hinter der Bauchwand liegenden Schwamm zu extrahiren. Drainage eingelegt, Genesung.

Während seiner 10jährigen Praxis in Baltimore sah K. außer diesen zwei Beobachtungen noch andere Fälle: 1) 26jährige Frau. Der erste Assistent von K. entfernte mit theilweiser Resektion des Peritoneum ein großes Bauchwandfibrom, ausgehend von der Fascia transversa, welches von der rechten Spina anterior superior ossis ilei bis gegen die Linea alba reichte und bis einige Centimeter oberhalb des Poupart'schen Bandes hinabreichte. Schwierige Auslösung wegen Blutung, endlich gelang Blutstillung und die Wunde wurde in toto mit Silkworm gut vernäht und Katgut. Die ersten 10 Tage Euphorie und bei Entfernung der Nähte am 10. Tage prima reunio der Wunde.

Später Fieber, die Pat. machte den Eindruck einer Septischen. Es wurde endlich ein beweglicher Tumor konstatirt, von der Mittellinie zur linken Flanke reichend, und am 28. Tage eine zweite Operation vorgenommen. Es wurde nach Einschnitt ein Stück Gaze von 360 g Gewicht entfernt (!!!) aus einer Höhle, die offenbar ganz abgeschlossen war von der Peritonealhöhle. Viel dicker grünlicher Eiter wurde entleert, die Abscesshöhle ausgewaschen; es wurde eine Kontraapertur gemacht, die Abscesshöhle mit Gazedocht drainirt, durch die laterale Öffnung die Schnittwunde vernäht. Nach dieser Operation ließ das Fieber nach, die Eiter-

sekretion nahm ab, und es zeigten sich üppige Granulationen. Dritte Operation am 43. Tage nach der ersten: Bei einer Irrigation erfolgte ganz plötzlich (50%ige Borsäurelösung) ein Alarm: Die Kranke schrie plötzlich vor Schmerzen auf, angsterfülltes Antlitz, livide Lippen, Hände und Füße kalt, Puls 130—140. Die Untersuchung des Abdomens gab ein negatives Resultat. Da nach 3 Stunden keine Besserung, so wurde der Leib geöffnet, explorativer Bauchschnitt. Mehrere hundert Kubikcentimeter blutiger Flüssigkeit wurden entleert »evidently introduced through the drain tract at the time of the irrigation« (?). Es wurde mit Jodoformgazestreifen tamponirt, die im unteren Winkel der Bauchwunde herausgeleitet wurden. Nach 3 Wochen geheilt entlassen. (Leider ist die Beschreibung nicht klar, von einer Unterbindung eines blutenden Gefäßes ist nichts gesagt, ja nicht einmal erwähnt, woher das Blut stammte. Ref.) 2) Im 2. Falle wurde bei einer 45jährigen bei großem Ovarialtumor eine Paracentese gemacht und nach 2 Wochen der Ovarialtumor durch Bauchschnitt entfernt ohne besondere Schwierigkeiten. Die Bauchwunde heilte per primam reunionem. Vom 9. Tage an Fieber, vom 22. Tage an noch mehr ausgesprochene Temperatursteigerungen mit Schwankungen um 4° F. In der 6. Woche ein Insult von Neuritis mit beständigem Husten. Man war fern davon, die Ursache des schlechten Allgemeinzustandes der Kranken in der Bauchhöhle zu suchen, als nach 2 Monaten eine Prominenz der Bauchwand entdeckt wurde, 6 cm breit und etwa 6 cm nach oben zu und nach der Mittellinie zu von der Spina anterior superios ossis ilei auf der einen Seite gelegen. Distinkte Fluktuation. Am 75. Tage nach der Ovariotomie wurde ein Einschnitt in jene prominirende Stelle der Bauchdecken gemacht, ein Abscess eröffnet und aus seiner Höhle ein großes Packet Gaze entfernt. Viel Eiter, Auswaschung, Tamponade mit Jodoformgaze, dann Genesung und Entlassung am 129. Tage nach der ersten Operation.

3) In demselben Jahre sah K. noch einen 3. Fall: Manneskopfgroßes Ovarialkystom verwachsen mit dem Processus vermiformis intestini coeci. Die Operation mit Resektion des Wurmfortsatzes verlief glatt, am Schlusse der Operation versicherte der Assistent, es sei kein Stück Gaze vermisst nach gewissenhafter Zählung der Tupfer. Nach der Operation klagte die Pat. über Harnbeschwerden und Leibschmerzen vom 4. Tage an, Übelkeiten, Auftreibung des Leibes etc. In der Nacht vom 4. zum 5. Tage Fieber, Nausea, Stuhl und Harn unwillkürlich abgehend. Am 5. Tage wurde der Leib wieder geöffnet, die Darmschlingen erwiesen sich aufgetrieben und von Lymphe (?) bedeckt. Rechterseits fand sich ein eiterumspülter Gazetupfer in der Bauchhöhle, mit einer Darmschlinge verklebt; in der Bauchhöhle einige Unzen einer blutig tingirten serösen Flüssigkeit. Nach dieser zweiten Operation stieg die Temperatur noch, der Puls wurde immer schneller, 124 pro Minute. Allgemeine Asthenie ohne Wirkung der angewandten Stimulantia, Harninkontinenz und Stuhlinkontinenz dauerten an, die Frau starb unter hohem Fieber und bei einer Pulsfrequenz von 140 am 5. Tage nach der ersten Operation. In diesem Falle wurden erst am 4. Tage alarmirende Symptome manifest, in den beiden vorhergehenden Fällen wurde die Gaze 1mal am 28. und 1mal am 75. Tage entfernt. In 2 Fällen wurde ein Fremdkörper in der Bauchhöhle nicht vermuthet, bis eine Prominenz der Bauchdecken mit Fluktuation entstanden war. Man könnte, schreibt K., daran denken, die Gaze zu imprägniren mit einer Eisensalzlösung, um einen vergessenen Gazetupfer der Röntgenuntersuchung zugänglich zu machen, oder die Gaze zu imprägniren mit Bismuth oder Jodoform. K. will gewisse Vorsichtsmaßregeln angeben: nicht zu viele Tupfer und Schwämme benutzen, die Zahl aufschreiben, keine kleinen Tupfer anwenden, an jedem Gazetupfer ein Bändchen annähen lassen, das seitlich von der Bauchschnittwunde heraushängt mit einer Klemmzange armirt; wenn Schwämme benutzt werden, soll jeder in ein Gazesäckchen eingenäht sein, eben so mit Bändchen und Warnungsklemme, vor Schluss der Bauchwunde strenge Kontrolle des gebrauchten und wieder abgelieferten benutzten Materials, nie einen Tupfer oder Schwamm in Stücke reißen. In K.'s Klinik sind stets 2 Personen thätig zur Lieferung der Tupfer und Schwämme resp. Kontrolle. Alle gebrauchten und abgelieferten Gaze-

tupfer etc. werden auf ein ad hoc aufgestelltes Stativ sofort aufgelegt, so dass jedes Stück eine Abtheilung des Ständers einnimmt und man, ohne erst zu zählen, sofort übersieht, ob alle Felder des Ständers belegt sind oder nicht. Die Schwämme werden aufgespießt auf frei stehende Metallspieße, die Gazetupfer auf horizontalen Armen des Ständers ausgebreitet. Außerdem soll der Operateur laut angeben während der Operation: »Ein Tupfer in der Bauchhöhle«, »zwei Tupfer in der Bauchhöhle« etc. Schließlich soll eine Revision gemacht werden, sobald irgend ein Stück fehlt. Man hat auch noch andere Apparate angegeben, um die Zählung durch das Auge zu ersetzen. Der Hauptschutz vor solchen unangenehmen Vorkommnissen ist die Erfahrung des Operateurs und der Assistenten, das Bewusstsein ihrer kolossalen Verantwortung. Es wäre im Interesse der Kranken sowohl als auch im eigenen Interesse der Operateure sehr erwünscht, wenn die von Ref. zusammengestellte Kasuistik von nunmehr 113 solchen unglücklichen Zufällen einen möglichst ausgebreiteten Leserkreis finden möchte durch Referate in den verschiedenen Zeitschriften — es werden sich dann bestimmt solche unerwünschte Zufälle seltener ereignen — wie die Erfahrung zeigt. In Warschau wird jetzt von jedem Operateur nach dem vorjährigen Processe mit großer Pedanterie die Kontrolle des sub operatione benutzten Instrumentares und der Tupfer etc. geführt. Es wird jedem Operateur von Nutzen sein, wenn er, auch ohne einen solchen Process gehabt zu haben, sich doch immer dessen bewusst bleibt, wie streng er darauf zu achten hat, nicht zufälligerweise einen Fremdkörper in der Bauchhöhle zurückzulassen. **F. Neugebauer** (Warschau).

15) L. Dartigues (Paris). Studien über autoplastische und temporäre Nähte in ihrer Anwendung bei Hernien und Laparotomien.

(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1900. No. 4.)

Das Nahtmaterial: Seide, Crin de Florence, Katgut, Sehnen vom Schwanze des Känguruhs, Sehnen vom Renthiernacken; Aluminiumbronze und Silberfaden etc.

Die Art und Weise der Vereinigung der Gewebe.

Versuche der radikalen Heilung von Hernien ohne »Fils perdus«.

a. Partiell-autoplastische Naht. Verfahren von Poullet (Lyon) mit Abbildung; von Jameson und Langenbeck (Abbildung); von Duplay und Cazin (mit 4 Abbildungen); von Faure (1897) mit Abbildung; von Stoganow (1899) mit Abbildung.

b. Naht vermittels temporär-belassenen Nathmateriales. Mit 16 instruktiven Zeichnungen.

a. Partiell-autoplastische Naht bei Laparotomien.

b. Laparotomienaht mit temporär-belassenem Nathmaterial. Mit 12 Abbildungen.

Versuche einer Naht ohne »Fils perdus« bei der Nephropexie, der Hysteropexie und der Alexander'schen Operation. 5 Abbildungen.

Beuttner (Genf).

16) E. Lobstein (Heidelberg). Die Wandernieren und Hydronephrosen der Heidelberger Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Seit dem Jahre 1883 wurden 26 Fälle reiner Wanderniere operirt mit keinem der Operation zur Last fallenden Todesfalle. Technik: Lumbo-abdominaler Schnitt parallel der 12. Rippe, Ausschälung aus der Fettkapsel, partielle Ablösung und Resektion der fibrösen Kapsel, Durchführung von Katgutfäden in 2—3 cm Entfernung durchs Parenchym der unteren Nierenhälfte und durch den oberen und unteren Muskelfascienrand der Wunde. 11 Heilungen, 3 Besserungen, 3 Misserfolge. — Die meisten Fälle wurden konservativ behandelt — 2mal sah Czerny durch vorangegangene Bauchmassage Wanderniers entstehen.

In den letzten 20 Jahren wurden 11 Hydronephrosen operativ behandelt. 4mal Nephrotomie, 7mal Nephrektomie. Bei der Nephrotomie Incision des Sackes

und Vernähung der Ränder mit der Muskelfascienschicht und Haut, 1 Todesfall durch Funktionsstörung der anderen Niere, 2 Heilungen mit Schluss der Fistel.

Calmann (Hamburg).

17) Vollbrecht (Düsseldorf). Seifenspiritus in fester Form zur Haut- und Händedesinfektion.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXI. Hft. 2.)

Das in fester Form aus hochprocentigem Alkohol und Mandelseife gewonnene Mittel lässt sich wie gewöhnliche Seife in Stücke schneiden und in Kapseln gießen (auch als Cream in Tuben). Mit steriler Bürste und dieser Seife werden die Hände 5 Minuten lang ohne Verwendung von Wasser bearbeitet. Dies Verfahren wirkt so sicher wie das Fürbringer'sche und das v. Mikulicz'sche (officineller Seifenspiritus), ohne die Hände schlüpfrig zu machen. Das Präparat ist billig. Angezündet kann es zum Ausglühen von Instrumenten benutzt werden.

Calmann (Hamburg).

18) M. Lang (Marienbad). Ein Fall von Hysterie.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

Die interessante Krankengeschichte betrifft eine 18jährige kräftige Frau, welche 2 Monate nach ihrer Verheirathung an Magenbeschwerden, Übelkeiten und Erbrechen bei gleichzeitigem Ausbleiben der Regel erkrankte. Im 3. Monate traten die Menses wie gewöhnlich wieder ein, ohne dass die Magenerscheinungen trotz einer auf Ulcus ventriculi gerichteten Therapie sich besserten. Zugleich trat nach einem Falle Schmerz im rechten Sprunggelenke auf, wobei die Untersuchung nur leichtes Ödem der Haut daselbst, jedoch keine Blutunterlaufung ergab. Da die lokale Therapie gänzlich ohne Erfolg blieb, wurde bereits an die Anlegung eines starren Verbandes gedacht, als die Verschlimmerung der Magenerscheinungen, das Auftreten geringer Blutmengen in dem flüssig Erbrochenen bei Abwesenheit von Blutstühlen den Gedanken an hysterisches Erbrechen nahe legten. Die nähere Untersuchung ergab denn auch vollkommene kutane Anästhesie der rechten unteren Extremität bis über die Mitte des Oberschenkels hinauf, so dass selbst tiefe Nadelstiche keine Schmerzempfindung hervorriefen, weiter Urticariaflecke an diesem Beine. Sofortige Gehversuche gelangen vollkommen, doch wurde die Heilung später durch das Auftreten von Krämpfen mit Bewusstseinsverlust verzögert und trat erst im folgenden Jahre beim Eintritte einer Schwangerschaft gänzliche und dauernde Genesung ein. Große Dosen von Brom bewirkten hier eine Verschlimmerung. Ein nach den Krämpfen oft eintretender schlafähnlicher Zustand konnte durch Druck auf die Carotisgegend (sog. hysterophrene Zone) regelmäßig behoben werden. **Piering** (Prag).

19) Larimore (Mount Vernon, Ohio). Leistenbruch mit Eierstock, Eileiter und wurmförmigem Fortsatze.

(Med. record 1900. August 4.)

Schmerzhaftigkeit eines irreponiblen Leistenbruches führte zur Radikaloperation, bei welcher als einziger Inhalt des Bruchsackes der stark verwachsene Eierstock, der sehr verdickte und vergrößerte Eileiter und der Wurmfortsatz gefunden wurden. Die Blutzufuhr war sehr erheblich, es waren außer der Art. ovarii, welche die Stärke des Radialis hatte, noch 7 weitere Schlagadern.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. Sonnabend, den 6. April. 1901.

Inhalt:

I.

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Worms a/Rh.)

Vier Kaiserschnitte mit querem Fundusschnitt.

Von

L. Heidenhain.

Vor 3 Jahren[1] berichtete ich an dieser Stelle über 2 Kaiserschnitte, bei osteomalakischen Frauen ausgeführt mit querem Fundusschnitt. Da die Diskussion über die Vortheile und Nachtheile dieser Schnittführung noch nicht abgeschlossen ist, so bringe ich hier 2 weitere in gleicher Weise operirte Fälle. Die Aufzählung der gesammten Litteratur, so wie aller widersprechenden Meinungen ist mir wohl erlassen. Dürfte doch die Litteratur bekannt sein. Zur Veröffentlichung veranlasst mich noch ein zweiter nicht unwichtiger Punkt. Ich bin der Meinung, dass heut zu Tage ein konservativer Kaiser-

[1] 1898. p. 633.

schnitt bei einer gesunden, nicht inficirten Kreißenden ein ungefährlicher Eingriff ist, sobald man in Ruhe und mit Sorgfalt die Vorbereitungen zur Operation treffen kann, wie dies im Krankenhause der Fall ist. Alljährlich sehe ich Frauen, die durch gewagte Operationen per vias naturales — hohe Zangen, schwere Extraktionen nach mühsamer Wendung — schwer geschädigt wurden, septisch zu Grunde gehen. Eine Rettung solcher Kranken ist nur ausnahmsweise möglich. Wie jetzt die Verhältnisse liegen, kann man, glaube ich, dem praktischen Arzte nicht eindringlich genug vorstellen, dass der Kaiserschnitt weniger gefährlich ist, als gewaltsame Operationen auf natürlichem Wege, die mit großen Zerreißungen und anderen schweren Schädigungen enden.

Über die ersten beiden Fälle habe ich nur summarisch referirt. Ich gebe hier in Kürze ihre Krankengeschichten.

1) Frau L., 37 Jahre, No. 1382, aufgenommen 1. November 1897, entlassen 28. November 1897.

VIIIpara; 6 Geburten normal; letztes Kind perforirt. Seit der letzten Schwangerschaft vor $1^1/_2$ Jahren Schmerzen in den Gliedern, ist kleiner geworden. Wehenbeginn vor etwa 24 Stunden. Blase nicht gesprungen. Wehen häufig und stark. Zum Kaiserschnitt durch Herrn Dr. Wolf in Gernsheim a/Rh. zu mir geschickt.

Kleine, gracile Frau, schlecht genährt, starker Hängebauch, Fundus uteri in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Rücken links; Kind lebt. Kopf nach rechts abgewichen. Dist. spinar. 23, Dist. crist. $26^1/_2$, Conjugata ext. 19, Conjugata diag. $9^1/_2$ cm. Schambogen eng schnabelförmig. Dist. tuber. oss. ischii 4 cm.

Blase steht, Muttermund für 3 Finger durchgängig. Neben dem Kopfe ein Arm vorgefallen. Kaiserschnitt Nachts 2 Uhr. Vor Beginn der Narkose Ergotin subkutan. Operationsdauer von Beginn des Hautschnittes bis zur Abnabelung 4 Minuten. Kind leicht asphyktisch, leicht wieder belebt. Naht des Querschnittes mit Katgut durch die ganze Dicke und etliche sero-seröse Nähte. Uterus kontrahirte sich während der Entleerung gut. Blutung geringfügig. Kompression der Anhänge, bis die ersten 4—5 Nähte gelegt waren. Abtragung der Ovarien unter Kompression der Stiele durch die Finger des Assistenten; Unterbindung der sichtbaren Gefäße und Übernähung.

Prima intentio. Wochenbettsverlauf quoad uterum glatt. Allein leichte Fiebertemperaturen in Folge schweren Magen-Darmkatarrhes bis zum 18. November. Erst langsame, dann sehr schnelle Erholung und Auffütterung. Hat, als der Magen in Ordnung war, Phosphorleberthran bekommen. Kind gedieh gut.

Osteomalakie ist schnell ausgeheilt. Pat. ist blühend gesund und versieht ihre Wirthschaft in vollem Umfange. Beschwerden seitens der verfrühten Menopause nie eingetreten.

2) Frau W., Kaufmannsfrau, Worms, No. 181 1898/99, 4. April bis 5. Mai 1898.

Vpara. 3 normale Wochenbetten, dann 2 Fehlgeburten. Nach diesen mit Schmerzen in den Knochen erkrankt und kleiner geworden. 4. Geburt durch hohe Zange beendet, Kind todt. Gegen Ende der Gravidität überwiesen durch Herrn Dr. Winther in Worms.

Letzte Menses 15. Juli 1897. Schwangerschaftsbeschwerden dies Mal sehr groß; Schmerzen in den Beckenknochen, watschelnder Gang. Hat viel liegen müssen.

Beckenmaße, die auf einem Zettel in der Krankengeschichte lagen, leider verloren. Bestimmt weiß ich noch, dass der Beckenausgang bei schnabelförmiger Symphyse eben mit 2 Fingern zu passiren war. (Ich bat die Pat. heute [4. Februar

1901] um eine erneute Beckenmessung. Dieselbe wurde mir aber aus Gêne abgeschlagen.)

Beckenknochen druckempfindlich. Pat. kann nur noch sehr mühsam die Treppe steigen. Hängebauch. Kleine Theile links, Kopf rechts, doch wechselt er öfter die Lage.

Innere Untersuchung durch die Enge des Schambogens und die Schmerzhaftigkeit sehr erschwert. Muttermund etwas geöffnet, Cervicalkanal etwa 1 cm lang.

Fritsch hat gelegentlich, ich finde jetzt nicht wo, darauf aufmerksam gemacht, dass der Uterus sich eben so gut kontrahire beim Kaiserschnitt in der letzten Zeit der Schwangerschaft, wie bei der Kreißenden. Da ich dringend verreisen musste und ferner es für zweckmäßiger hielt, am Tage nach guter Vorbereitung, als etwa Nachts zu operiren, so habe ich hier die Sectio caesarea etwa 15 Tage vor dem berechneten Ende der Gravidität gemacht. Operationsverlauf genau, wie im vorigen Falle. Ovarien ebenfalls exstirpirt nach Naht des Uterus. Kind, Mädchen, geboren 5 Minuten nach Beginn der Operation, schrie laut, war kräftig entwickelt.

Wochenbettsverlauf glatt. Höchste Temperaturen 1mal 38 und 2mal 37,9. Hat Phosphorleberthran genommen. Osteomalakie ist ausgeheilt. Die Menses sind noch 5—6mal in unregelmäßigen Zwischenräumen von 6 Wochen bis 3 Monaten erschienen, seit einem Jahre nicht mehr. Die Kranke fühlt sich wohl und versieht ihre Wirthschaft, wenn gleich sie immer noch zart aussieht. Gang jetzt (Februar 1901) sehr gut.

3) Frau B., Bäckersfrau, 26 Jahre, No. 1594, 8. Februar bis 8. März 1899.

Ipara, kreißt seit 2 Tagen, Blase seit einigen Stunden gesprungen, von den Herren Kollegen Dr. Kaspar in Kindenheim und Dr. Becker in Grünstadt zur operativen Entbindung hereingebracht, weil die Entbindung nicht fortschreitet.

Kleine, gracile Frau, Fundus zwischen Nabel und Schwertfortsatz, Kopf im Fundus, kleine Theile rechts. Blase gesprungen, Muttermund annähernd voll erweitert. Steiß hoch oben über dem Beckeneingange nur mit Mühe zu erreichen. Beckenenge so weit, dass man sie mit der geschlossenen Hand gerade passiren kann. Kind lebt.

Beckenmaße: Dist. spinar. 24, Dist. crist. 27, Conjugata ext. 18, Conjugata diagon. 10 cm. Dist. tub. oss. ischii 4 Querfinger.

Wir hatten den Eindruck, dass es sich bei einem allgemein verengten Becken um ein sehr großes Kind handle, so dass desswegen der Steiß nicht eintrat. Uterus ziemlich eng um das Kind kontrahirt.

Kaiserschnitt, um einer gewagten Operation per vias naturales aus dem Wege zu gehen und das Kind zu retten. Wir Alle hatten die Überzeugung, dass ohne die dringende Gefahr einer Uterusruptur die Füße nicht herunter zu bekommen sein würden, und dass die Extraktion sehr schwer sein würde.

Operation nach schneller Vorbereitung sofort (noch Nachts) ausgeführt. Ergotin subkutan. Mit Beginn der Narkose Leibschnitt, Vorwälzen des Uterus, Schutz der Bauchhöhle, manuelle Kompression der Anhänge bis nach Entleerung des Uterus, Naht der queren Funduswunde mit durchgreifenden Seidennähten. Blutung sehr gering. Uterus kontrahirte sich sehr gut.

Kind, Knabe von 4500 g, lebte und gedieh prächtig. Leider sind die Kopfmaße in der Krankengeschichte nicht verzeichnet. Ich habe nie einen so enormen Kindeskopf gesehen, wie diesen. Er war übertrieben gesprochen fast so groß, wie der seines Vaters, eines untersetzten, sehr kräftigen Bäckermeisters.

Heilung per primam. Temperatur erreichte einmal, am Abend des 2. Tages, 38° und fiel auf ein Abführmittel, welches reichliche Stuhlmengen entleerte, zur Norm.

Mutter ist blühend gesund, kein Bauchbruch. Kind ist herrlich gediehen.

4) Elise L., 30 Jahre, Worms, No. 1582, 21. Januar 1901 aufgenommen.

Abends 8 Uhr eingeliefert wegen Fruchtwasserabfluss (?) bei Schräglage und uneröffnetem Muttermund. Ipara. Wehen seit dem 20. Januar Abends 11 Uhr.

Vor 2 Stunden soll das Fruchtwasser abgeflossen sein. Die Kreißende erzählt darüber, es habe einen plötzlichen Riss gegeben, und dann sei mit einem Schwall so viel Wasser abgeflossen, dass die Unterlagen durchnässt worden seien.

Kleine, schwach gebaute Frau. Wehenschmerz fast andauernd vorhanden. Die geringste Betastung des Uterus löst Wehen aus. Sehr starker Hängebauch; Uterus liegt stark nach rechts hinüber, ist so hart um das Kind kontrahirt, dass durch äußere Untersuchung nur zu ermitteln ist, dass es sich um eine Schräglage oder Querlage handeln muss, denn der Beckeneingang ist frei. Herztöne links unter dem Nabel, nahe der Mittellinie. Dist. spinar. 28, Dist. crist. 30, Conjugata ext. 16, Conjugata diag. $9^1/_2$ cm.

Vulva ziemlich stark geschwollen, Scheide eng, Portio etwas geschwollen, aber vollkommen erhalten; Muttermund grübchenförmig. Innere Räumlichkeit des Beckens, mit beiden Händen ausgetastet, ist eng. Kopf liegt auf der linken Beckenschaufel. Das Alter der Kreißenden von 30 Jahren (Ipara), die Rigidität der Scheide und des Muttermundes, das stark platte Becken, die Krampfwehen bei Schräglage und angeblich abgeflossenem Fruchtwasser ließen die Entwicklung eines lebenden Kindes per vias naturales als unmöglich und die eines todten auch bei starker Gefährdung der Mutter als sehr schwierig erscheinen.

Über den Fruchtwasserabfluss waren die Angaben der Kreißenden so charakteristisch, dass man ihn annehmen musste — in der That fand sich beim Kaiserschnitte nachher kein Fruchtwasser oder nur Spuren — obgleich uns das Springen der Blase bei vollkommen erhaltener Portio sehr wunderbar erschien.

11 Uhr Nachts Kaiserschnitt in Chloroformnarkose. Durch ein Versehen erhielt die Kreißende ihre Spritze Ergotin statt, wie bisher immer, mit Beginn der Narkose, erst mit Beginn des Bauchschnittes. Pat. wollte schlecht einschlafen, so dass die Operation in Dreiviertelnarkose ohne Störung ausgeführt wurde.

Großer Bauchschnitt, Uterus herausgewälzt, Bauchschnitt mit einigen Schiebern vorläufig geschlossen, steriles Tuch auf den Bauch und mit Schieber eng um den unteren Abschnitt des Uterus befestigt, um Einfließen von Blut und Fruchtwasser in die Bauchhöhle zu hindern. Querer Fundusschnitt von einem Tubenwinkel zum anderen trifft den oberen Rand der an der Vorderseite sitzenden Placenta. Hand geht in die hintere Uterushälfte ein, extrahirt das Kind. Fruchtwasser nur in ganz geringer Menge vorhanden. Operationsdauer bis zur Abnabelung $4^1/_2$ Minuten. Placenta löst sich spontan, da der Uterus sich fest kontrahirt. Entfernung derselben. Bei den vorhergehenden Kaiserschnitten hatte ich die Uterusanhänge durch Assistentenhand komprimiren lassen, bis der Uterus sich nach Entleerung fest zusammengezogen hatte, was mit der Entleerung sofort geschah. Dies Mal habe ich die Anhänge überhaupt nicht komprimiren lassen und fand, dass die Blutung nicht stärker war, als sonst. Nach der Entleerung zunächst gute Kontraktion. Auswischen der Innenfläche des Uterus mit einem Stücke sterilen Mulles, um etwaige Eihautreste herauszuwischen. Jetzt ließ die Kontraktion nach und eine recht leidliche Blutung begann aus dem völlig erschlaffenden Uterus. Ausstopfung desselben mit großem Stück sterilen Mulls. Umwicklung mit einem zweiten solchen und Kompression des Uterus zwischen den beiden Händen. 2. Spritze Ergotin subkutan. Die Umwicklung des Uterus mit Mull geschah aus Rücksicht auf die Asepsis. Ich selbst fasse nie eine Wunde mit den Fingern an, wenn dies nicht unbedingt nothwendig ist, sondern nur durch die Vermittlung sterilen Mulls, und gestatte dies auch meinen Assistenten nicht. Berührung von Organen der Bauchhöhle mit bloßen Fingern wird vermieden, wenn es irgend zu umgehen ist. Nach etwa 10 Minuten hatte sich der Uterus wieder ganz fest kontrahirt. Blutung stand bis auf ein spritzendes Gefäß am rechten Tubenwinkel, das umstochen wurde. Naht des Uterus mit Seidenknopfnähten durch die ganze Dicke, welchen 3—4 seroseröse an nicht ganz dichten Stellen zugefügt wurden. Darauf Vereinigung ideal. Netz über die Dünndärme gebreitet, Uterus reponirt, so dass er auf den Därmen liegt; Schluss der Bauchwunde.

Kind, Knabe von 3400 g, war leicht asphyktisch und hatte Mekonium gehen lassen. Nach Aussaugen von Schleim aus der Trachea schnell belebt.

Chloroformverbrauch 18 g. Gesammtblutverlust trotz der vorübergehenden Atonie des Uterus sicherlich geringer, wie bei jedem normalen Partus.

Idealer Wochenbettsverlauf. In den ersten 2 Tagen starke Nachwehen. Höchste Temperaturen 37,8 am 1. Tage und 37,5 am zweiten.

Auffallend war, dass die Wöchnerin so gut wie keine Lochien hatte. Der Kaiserschnitt geschah in der Nacht vom 21./22. Januar. Am Morgen war die Vorlage kaum durchtränkt; im Laufe des 22. blieb die Vorlage fast trocken; in der Nacht vom 22./23. wurde sie eben angefeuchtet, im Laufe des 23. blieb sie ganz trocken. Das fast vollkommene Fehlen der Lochien war mir sehr auffallend. Gesehen hatte ich es noch nie. Da bei sonst gutem Allgemeinbefinden die Wöchnerin noch immer über spontane Schmerzen wehenartigen Charakters klagte und der Uterus bei Berührung empfindlich war, so nahm ich am 23. Abends eine genauere Untersuchung im Speculum vor. In der Vagina fand sich ein knapper Theelöffel röthlicher Flüssigkeit. Bei einer Ausspülung des Uterus floss die Spülflüssigkeit vollkommen klar und ungefärbt wieder ab Der Uterus war also leer. Von da an hat die Vorlage nur noch einmal am Morgen des 25. zwei groschengroße serös-blutige Flecke gezeigt, war sonst immer rein weiß.

Die Wöchnerin stillt selbst. Kind gedeiht.

2. Februar. Prima intentio. Uterus schon stark verkleinert.

Dem Vorstehenden wäre wenig hinzuzufügen. Über den Kaiserschnitt mit Längsschnitt kann ich nicht urtheilen; ich habe ihn nie gesehen. Der Querschnitt hat sich mir in allen 4 Fällen als ausgezeichnet dienlich erwiesen. Die Extraktion, gleichviel ob an Kopf oder Beckenende, war immer höchst einfach. Bis zur Abnabelung des Kindes zwischen 2 Klemmen vergingen in allen Fällen nur 4—5 Min. Nach Extraktion des Kindes zog sich regelmäßig der Uterus so stark zusammen, dass die Placenta sich von selbst löste und nur herausgenommen zu werden brauchte. Kontraktion des Uterus nach Entleerung war in den ersten 3 Fällen ausgezeichnet, so dass die Blutung sofort völlig stand, im vierten stand die Blutung nach kurzdauernder Atonie auf Kompression des tamponirten Uterus. In allen 4 Fällen floss bei Anlegung der Nähte kein Tropfen Blut mehr. Die Blutung aus der durchschnittenen Uteruswandung war unbedeutend und ist gewiss bei schnellem Vorgehen belanglos. Am einen oder anderen Tubenwinkel eröffnet man gewöhnlich ein Gefäß, welches spritzt. Wir haben desshalb dort immer die ersten Nähte angelegt. In den Krankengeschichten findet sich keine Notiz darüber, offenbar weil diese Blutung dem betreffenden Assistenten unwesentlich erschienen ist. Die Kompression der Uterusanhänge, die ich in den ersten 3 Fällen bis zur Entleerung des Uterus ausführen ließ, habe ich im letzten Falle nicht mehr machen lassen. Ich habe nicht den Eindruck, dass durch diese Kompression die Blutung verringert würde. Oder, ich will mich genauer so ausdrücken, dass im letzten Falle die Blutung bei Eröffnung des Uterus nicht größer war, als in den früheren.

Genäht habe ich in den letzten beiden Fällen mit dünner Seide (No. 2). Seit 2 Jahren verwende ich zu allen versenkten Nähten und allen Unterbindungen Seide mit allerbestem Erfolge. Die Unterbindungsseide ist sehr dünn, Darmseide. Sie heilt auch bei den

zahllosen Eiterungen, phlegmonösen, tuberkulösen etc., welche wir operiren, reaktionslos ein. Abstoßung einer Naht oder Ligatur nach außen ist bei uns sehr selten.

Vor der Reposition des Uterus habe ich meist das Netz über die Dünndärme gebreitet und den Uterus über dieses gelagert. Passirt einem das Unglück, dass die Uterusnaht vereitert, so liegt bei diesem Verfahren der Uterus über dem Netze, getrennt von dem großen Peritonealraume durch dieses. So hat man die Chance, dass sich ein umschriebener Abscess statt einer allgemeinen Peritonitis bildet.

Interessant war mir das lochienlose Wochenbett im letzten Falle. Ich hatte nie ein solches gesehen. Jedenfalls ist ein so idealer Wundverlauf nach einem Kaiserschnitt besonders befriedigend.

II.

Zur Retroflexionstherapie.

Von

A. Schücking.

Die Mängel, die den verschiedenen Operationsmethoden zur Beseitigung der Retroversio-flexio uteri anhaften, entspringen bekanntlich weniger chirurgischen Schwierigkeiten als den physiologischen Besonderheiten des Organs. Der Uterus mit seiner 4wöchentlichen An- und Abschwellungswelle, dessen Größenverhältnisse und Beziehungen zu den Nachbargebilden während der Gravidität sich so außerordentlich ändern, kann nicht ohne nachtheilige Folgen durch unnachgiebige Verbindungen festgelegt werden.

Die Nothwendigkeit, die freie Beweglichkeit und Wandelbarkeit des Organs unter allen Umständen zu sichern, hat ja phylogenetisch mit der Entwicklung des Uterus auch die Bedingungen zur Entstehung der Retroflexio gesetzt. Der Uterus darf nicht fixirt werden, so lange er funktionirt. Die Ventrofixatio, die 2 Anomalien zugleich setzt, die Verkürzung der Ligamenta rotunda und auch die von mir angegebene Vaginofixatio sind zu verwerfen, so lange die Frau menstruirt und so lange Aussicht auf Gravidität vorhanden ist.

Am irrationellsten erscheint die Ventrofixatio, die den Uterus an einem Orte zu immobilisiren sucht, an den er nicht hingehört. Kontinuirliche Zerrungen sind die Folgen dieses Versuches. Die Verkürzung der Ligamenta rotunda unterscheidet sich in ihren Folgen nicht von den anderen Fixationsverfahren. Diese Ligamenta stellen vom Uterus abgezweigte Muskelstränge dar, die erst bei der Schwangerschaft in Funktion treten. Beim nicht vergrößerten Uterus sind sie nicht gespannt. Bekanntlich nehmen sie wie der Uterus

zur Zeit der Gravidität außerordentlich in ihren Längen- und Dickenverhältnissen zu. Die sich häufenden Mittheilungen über Schwangerschaftsunterbrechungen in Folge Verkürzung dieser Ligamente beweisen, dass die Kürzung derselben nicht statthaft ist, da sie zu Zerrungen und Reizungen der Uterusmuskulatur Veranlassung giebt.

Ganz dasselbe gilt von der Vaginofixatio. Sie hatte den Vorzug der leichten Ausführbarkeit, und so wurden recht viele Fälle nach diesem Verfahren operirt, deren Zahl entsprechend natürlich auch die Anzahl der ungünstigen Resultate ansteigen ließ. Das ursprüngliche Verfahren hatte wenigstens den Vorzug vor späteren Modifikationen, dass der Uterus energisch nach vorn zusammenknickte. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft ist nach diesem zuerst angegebenen Verfahren nicht zur Beobachtung gelangt.

Um unter diesen Umständen dort, wo es dringend wünschenswerth erschien, dennoch eine intra-abdominelle Korrektur der Uterusstellung zu erreichen, habe ich folgenden Weg eingeschlagen, zu dessen Prüfung diese Zeilen Veranlassung geben mögen.

Bei meinem ersten Vorgehen nach dieser Richtung habe ich nach Eröffnung des Peritonealraumes von der Plica vesico-uterina aus einen Doppelfaden mit meiner geschützten Nadel über den Fundus uteri durch den Douglas in das hintere Scheidengewölbe geführt, dort eine Balkennaht angelegt und dann den zusammengedrehten Doppelfaden über den Fundus uteri, diesen in einer Schleife umfassend, nach dem vorderen Vaginalgewölbe geführt. Die Knickungsstelle an der vorderen Uteruswand wurde mit einer Curette angefrischt. Beim Zusammenziehen der Fäden trat spitzwinklige Anteflexionsstellung ein. Der Faden wurde nach etwa 10 Tagen entfernt.

Bei diesem Vorgehen war die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass die Tuben an ihrer uterinen Mündung dem Drucke der Fadenschlinge ausgesetzt waren. Ich bin daher zu folgendem Verfahren übergegangen.

Nach Eröffnung der Blasen-Uterusfalte wurde der Uterus stark nach vorn gelagert; die etwa vorhandenen retro-uterinen Adhäsionen wurden dabei gelöst, resp. genügend gedehnt. Dann wurde mit der gestielten Nadel hart am Uterus dicht unterhalb des Ansatzes des Ligamentum rotundum das Ligamentum latum perforirt, die Nadel um die hintere Uteruswand herumgeführt und durch das Ligamentum latum der anderen Seite nach vorn gebracht. Hierzu wurde eine große gestielte Nadel mit weiter Krümmung benutzt, die ähnlich wie die Ligaturenträger zu ihrem Stiele im stumpfen Winkel steht. Die Knickungsstelle an der vorderen Wand des Uterus wird wie bei dem zuerst geschilderten Verfahren behandelt.

Der Effekt ist zugleich ein orthopädischer und ein chirurgischer. Der Uterus wird stark geknickt, die hintere an der Knickungsstelle atrophisch gewordene Wand gedehnt, die vordere an der entsprechenden Stelle komprimirt und dadurch eine Rückkehr normaler Zustände

eingeleitet. An der Umbiegungsstelle der vorderen Wand wird eine Verlöthung des Peritonealüberzuges veranlasst und damit Sicherheit gegen Recidive gewährleistet. Die geringe Ausdehnung dieser Verklebung, deren Sitz etwa der Gegend des inneren Muttermundes entspricht, sichert dem Corpus uteri volle Beweglichkeit und kann daher das Organ sich in genügender Weise frei ausdehnen. Besonderer Werth dürfte darauf zu legen sein, dass das Verfahren auch bei fixirtem Uterus gute Dienste leistete. Falls der Uterus dem starken Zuge der gedehnten Adhäsionen Stand halten muss, darf die Fadenschlinge nicht zu früh entfernt werden.

Da die Fälle, in denen die Pessarbehandlung nicht genügt, keineswegs häufige sind, so kann ich zunächst nur 5 Fälle aufführen, in denen das Verfahren angewandt wurde. Bei 2 von diesen handelte es sich um Adhäsionen, die jeder Behandlung gespottet hatten. Das zuerst geschilderte Verfahren wurde in einem Falle angewandt. In allen Fällen trat völlige Korrektur der Stellung ein. Über den Einfluss der Behandlung auf die Gravidität kann ich zur Zeit noch nichts aussagen. Die Beobachtungsdauer erstreckt sich in dem einen Falle über ein halbes Jahr, in den anderen auf einen Zeitraum von 4—3 Monaten.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

491. Sitzung vom 19. November 1900.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Glockner i. V.

I. Herr Krönig demonstrirt einen retroperitoneal entwickelten cystischen Tumor, welcher in Bau und Anordnung als ein mesonephrisches Adenomyom aufzufassen ist.

Aus der Krankengeschichte sei hier nur kurz Folgendes hervorgehoben:

Die Frau, 42 Jahre alt, erkrankte vor 1 Jahr mit leichten Blasenbeschwerden. Der konsultirte Arzt konstatirte einen kleinen, hinter dem Uterus gelegenen cystischen Tumor und versuchte anfänglich, diesen durch bimanuelle Massage zu verkleinern. Die Massage hatte den Erfolg, dass die Beschwerden schon nach einigen Sitzungen verschwanden, so dass Pat. den Arzt nicht wieder aufsuchte.

Nach einigen Monaten steigerten sich wiederum die Beschwerden und zwangen Pat., da sie schließlich den Urin überhaupt nicht mehr auspressen konnte, denselben Arzt aufzusuchen. Dieser konstatirte starkes Wachsthum der Geschwulst und überwies die Pat. zur Operation.

Die Palpation stellte fest, dass der Uterus in normaler Größe stark anteponirt und elevirt war, hinter dem Uterus, den Douglas stark nach unten zu vorwölbend, war ein über kindskopfgroßer Tumor zu fühlen, welcher aus dem kleinen Becken in das große Becken emporstieg und deutliche Fluktuation zeigte.

Die Diagnose wurde auf ein intraligamentär entwickeltes Kystom gestellt.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich, dass der Uterus mit beiden Tuben und Ovarien vollständig intakt und von der Geschwulst isolirbar war, die Geschwulst war im retroperitonealen Zellgewebe entwickelt und hatte das Peritoneum der hinteren Beckenwand nach vorn zu vorgestülpt. Nach Punktion und Entleerung einer bräunlichen Flüssigkeit gelang unter großen Schwierigkeiten die Auslösung des ungestielten Tumors aus den breiten bindegewebigen Verwachsungen

des retroperitonealen Zellgewebes. Die Blutung konnte vollständig gestillt und die Bauchhöhle sofort ohne Tamponade geschlossen werden.

Der Verlauf p. op. war ein fieberfreier und die Rekonvalescenz eine vollständige, indem die Blasenbeschwerden schon wenige Tage nach der Operation verschwanden.

Die mikroskopische Untersuchung stellte die von v. Recklinghausen für die Tumoren, welche aus dem Wolff'schen Körper entwickelt sind, angegebene charakteristische Drüsenanordnung dar.

Ein diesem ähnlicher Tumor ist von Hartz aus der Sänger'schen Klinik publicirt worden und findet seine Analogie in den cystischen Adenomyomen von Breus, Pick, v. Recklinghausen, Aschoff u. A.

Demonstration der mikroskopischen Präparate im Skioptikon.

(Der Vortrag erscheint ausführlich in den Beiträgen für Geburtshilfe und Gynäkologie von Hegar.)

Herr Füth assistirte bei der Exstirpation des von Hartz veröffentlichten Tumors und kann die Krönig'sche Schilderung der Operation bestätigen. Man findet allseitig Verwachsungen der Geschwulst, die sich zum Theil leicht, zum Theil etwas schwerer lösen lassen, und bekommt dann schließlich den Tumor los, ist geradezu fast verblüfft, wenn man dann die Adnexe beiderseits unverändert vorfindet.

II. Herr Füth: Kurze Bemerkungen zu den Bauchdeckendesmoiden.

M. H.! Gestatten Sie, dass ich an 2 von Herrn Geh.-Rath Zweifel kürzlich operirte Fälle von Bauchdeckendesmoiden einige Bemerkungen anknüpfe. Diese immerhin doch seltenere Geschwulst hat in unserer Gesellschaft bereits vor längerer Zeit eine eingehende Würdigung durch Sänger[1] erfahren, der sich in einem grundlegenden Vortrage über sie verbreitete. Er betonte vor Allem, dass diese Geschwulstart nicht als eine Krankheit der Muskeln, sondern als eine der sehnigen Gebilde der Bauchdecken anzusehen sei, und so betrachtet er diese Tumoren der Bauchwand im weitesten Sinne als Geschwülste des Sehnengewebes. Sie haben dem entsprechend einen faserigen Aufbau und eine derbe, feste Konsistenz, und es besteht der von Johannes Müller für derartige Gebilde gebrauchte Ausdruck »Tumor fibrosus seu desmoides« vollständig zu Recht. Der Lieblingssitz dieser Geschwulst ist vor Allem die hintere Scheide des Rectus[2]. In unseren beiden Fällen war allerdings einmal die Fascie des M. obliquus abdominalis externus Sitz der Geschwulst, das andere Mal die Fascie des Obliquus abdominalis internus und weiter stand noch die Fascia transversa mit der Geschwulst in innigem Zusammenhange, ähnlich wie in einem von Pincus[3] mitgetheilten Falle. Der eine Tumor von Kleinfaustgröße saß rechts der Mittellinie, der andere von etwa Emueigröße links derselben und dicht daran; beide lagen etwas unterhalb des Nabels, vom Leistenkanale weit entfernt. Was ihren mikroskopischen Aufbau angeht, so wies das eine Desmoid rein fibrösen Charakter mit stärkerer ödematöser Durchtränkung des Zwischengewebes auf; das andere enthielt reichliche, dicht stehende Züge von Spindelzellen. Das Gewöhnliche ist der rein fibröse Charakter, und nach Olshausen ist selbst eine reichliche Beimengung von Spindelzellen und sogar eine erhebliche Infiltration mit Rundzellen noch als gutartig zu bezeichnen. Olshausen beanstandet desshalb eine Statistik von Ledderhose, der in einer Zusammenstellung von 100 Fällen 18 Sarkome zählt und meint, es sei der Verdacht

---

[1] Über desmoide Geschwülste der Bauchwand und deren Operation mit Resektion des Peritoneum parietale. Archiv für Gynäkologie Bd. XXIV. Hft. 1.

[2] Vgl. Olshausen, Über Bauchwandtumoren, speciell desmoide. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1899. Bd. XLI. p. 272, als Vortrag in der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin gehalten.

[3] Vgl. Diskussion zu dem Olshausen'schen Vortrage in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft. Ibid. p. 514.

gerechtfertigt, dass unter den letzteren mancher Tumor sich finden werde, welcher wegen einer gewissen Infiltration mit Spindelzellen als Sarkom beschrieben worden sei, obgleich er klinisch gewiss vollständig gutartig war und geblieben wäre. Die maligne Degeneration bilde gewiss eine seltene Ausnahme. Es ist aber (nach Sänger l. c.) zu beachten, dass diese maligne werdenden Desmoide lange Zeit eben so wie die langsam wachsenden fibrillären scharf umschrieben bleiben und eine meist derbe Kapsel aufweisen; nur in den wenigen Fällen von echten rundzelligen oder gemischtzelligen Sarkomen wurde ein diffuses Wachsthum beobachtet, so dass namentlich das Peritoneum oft in Mitleidenschaft gezogen werde. Als ein solches gemischtes Sarkom erwies sich ein von Sänger in der Sitzung unserer Gesellschaft vom 20. April 1885[4] demonstrirter Bauchdeckentumor, welcher als eine apfelgroße, derbe, wenig verschiebliche Geschwulst die Gegend über dem rechten Poupart'schen Bande in dessen äußerer Hälfte eingenommen hatte. Sie war seit 3 Jahren bemerkt, in kurzer Zeit schnell gewachsen, so wie ungemein schmerzhaft geworden und der frühere Arzt hatte die Geschwulst als »Drüse« behandelt. Bei der Operation stellte sich heraus, dass die Geschwulst von der Sehne des M. obliquus abdominis ext. ausgegangen und unter Verdrängung der tieferen Muskeln bis in den Properitonealraum gewachsen war. Schon nach 6 Wochen zeigte sich ein Recidiv und der Exitus trat 1/4 Jahr nach der Operation ein.

Es ist auffallend, dass die Desmoide fast nur bei Frauen vorkommen. So befanden sich unter 44 von Guerrier zusammengestellten Fällen (cit. Sänger l. c.) nur 2 Männer, und Olshausen sah in den letzten 12 Jahren 22 Fälle bei Frauen. Desshalb ist diese Geschwulst für den Gynäkologen von so besonderem Interesse, und es ist weiter bemerkenswerth, dass die davon befallenen Frauen meist geboren haben. Olshausen schließt desshalb mit Recht, dass die Entstehung der Bauchdeckendesmoide mit Schwangerschaft und Geburt in innigem ätiologischen Zusammenhange stehe, zumal es ihm auf Grund einzelner gut beobachteter Fälle unzweifelhaft erscheint, dass Traumen zur Entstehung von Fibromen der Bauchdecken führen können. In der gleichen Erwägung hatte früher schon Herzog (cit. Sänger l. c.) die Ansicht ausgesprochen, dass die meisten Bauchdeckendesmoide ihren Sitz in den Recti hätten und aus Muskelhämatomen, die sich namentlich in der Schwangerschaft leicht bildeten, entstehen könnten. In dieser Richtung beweisend könnte eine Beobachtung von Lehmann werden, welche derselbe in der Diskussion zu dem Olshausen'schen Vortrage mittheilte. Die ihn konsultirende Frau war 8 Tage vorher auf der Straße gestolpert und dabei nach hinten herüber gefallen. Sie konnte sich nur unter Anstrengung noch mit einem Rucke aufrichten und empfand seitdem Leibschmerzen, und an der Stelle, wo sie den Ruck gespürt hatte, entwickelte sich eine Geschwulst. Dieselbe bildete sich unter resorbirender Behandlung zurück, so dass dadurch die vorher gestellte Diagnose »präperitoneales Hämatom« bestätigt wurde. Wenn sich, wie Olshausen sagte, bei dieser Frau an der betroffenen Stelle ein Bauchdeckenfibrom entwickeln würde, so wäre ein beweisendes Bindeglied gefunden. Sänger dagegen erblickt in traumatischen Blutergüssen der Bauchmuskeln höchstens ein gelegentliches, der eigentlichen Geschwulstbildung vorausgehendes und diese indirekt hervorrufendes Moment mit der Geltung eines zu Geschwulstbildung führenden »Reizes«. Ein solcher Reiz kann aber gerade leicht in der Schwangerschaft oder unter der Geburt auftreten, und es ist jedenfalls durch die Olshausen'schen Erfahrungen sichergestellt, dass vielfach — unter 22 Fällen Olshausen's wenigstens 5mal — das Auftreten der Geschwulst erst während einer Schwangerschaft bemerkt wurde. Dafür ist einer unserer Fälle ein weiterer Beleg. Die Pat. hatte die Geschwulst zuerst um die Mitte der Schwangerschaft bemerkt; das Hauptwachsthum war freilich erst nach der 1/2 Jahr zurückliegenden Entbindung erfolgt, wogegen mehrere Pat. Olshausen's spontan angegeben hatten, dass die Geschwulst während der Gravidität besonders stark gewachsen sei[5].

[4] Sitzung vom 20. April 1885. Sonderabdruck der Gesellschaftsverhandlungen 1885—1887. p. 11.

[5] Eine der unsrigen ähnliche Beobachtung wird neuerdings in einer Disserta-

Unsere Pat. standen im 24. bez. 25. Jahre und würden sich damit in die Statistik Ledderhose's einreihen, nach dessen Berechnung das Alter von 20 bis 25 Jahren mehr zum Entstehen der Desmoide disponirt, während Olshausen dies nach seinen Fällen für die Jahre 25—35 annimmt. Die subjektiven Beschwerden waren in beiden Fällen sehr gering und es ist thatsächlich ein anderes Moment, welches die Frauen vielfach dem Gynäkologen zuführt: sie bemerken an einer Stelle der Bauchwand einen Knoten, der langsam wächst, und manche empfinden darüber eine solche Beunruhigung, dass dies schon allein genügenden Anlass zur Exstirpation geben könnte. Vielfach werden aber die langsam wachsenden Geschwülste auf die Dauer unbequem; ja sie können, wie einschlägige Fälle von Gussenbauer und Gusserow beweisen, in $1^1/_2$—2 Jahren eine enorme Vergrößerung erfahren und der dann nothwendigen Entfernung große Schwierigkeiten bereiten. Außerdem droht immer noch, wenn auch ganz weit im Hintergrunde, das Gespenst der malignen Degeneration[6]. Aus diesen Gründen dürfte man sich wohl eher dazu entschließen, auch bei kleinen Tumoren den dann doch gewiss ganz lebenssicheren Eingriff der Exstirpation vorzunehmen. Jedenfalls hätte man aber, wenn man die Operation ablehnt, die betreffende Frau unter Beobachtung zu halten, um auch nach dieser Richtung hin in etwas anderem als dem ursprünglich gemeinten Sinne den obersten ärztlichen Grundsatz »primum non nocere« zu wahren.

Die Operation war in unseren Fällen sehr einfach. Es zeigte sich wiederum die schon oft gemachte und hervorgehobene Beobachtung, dass man nämlich den Tumor zum größten Theil stumpf ausschälen kann, dass man dann aber auf eine bald größere, bald kleinere Stelle kommt, an der der Tumor mit einer Fascie in so innigem Zusammenhange steht, dass man zum Messer oder zur Schere greifen muss. Der eine Tumor zeigte, wie schon erwähnt, auch einen innigen Zusammenhang mit der Fascia transversa und wegen seines eigenthümlich markigen Aussehens (s. o.) wurde sowohl von dieser, wie von der des Obliquus internus ein größeres Stück resecirt. In den Defekt der Fascia transversa sprang das Peritoneum unter deutlichem Geräusch bei Brechbewegungen vor, blieb aber ganz unverletzt. Die Naht wurde in diesem Falle so ausgeführt, dass zuerst bis auf das Peritoneum reichende, durchgreifende Nähte gelegt wurden, dann wurden die Fascien jede für sich, so wie darüber die Haut mittels der Zweifel'schen Zweifadennaht vereinigt und dann die durchgreifenden Nähte geknotet. Drains wurden nicht eingelegt. Olshausen thut dies grundsätzlich nicht. Er näht fortlaufend mit Katgut und sorgt für vollständige Blutstillung und vollständige Austrocknung der Wunde, wie es in unseren beiden Fällen gleichfalls geschah; er hat dann Heilung in ungleich kürzerer Zeit erreicht, als bei Anwendung der Drainage. Auch in unseren beiden Fällen trat vollständige prima intentio unter linearer Vereinigung der Wundränder ein.

In beiden Fällen war die Diagnose, wie meist, einfach.

Ich möchte nicht verfehlen, hier auf ein diagnostisches Hilfsmittel hinzuweisen, auf welches Olshausen zuerst aufmerksam machte und welches auf der Thatsache beruht, dass die Desmoide nicht, wie man es bei der Mehrzahl wegen ihres Ursprunges vom hinteren Blatte der Rectusscheide erwarten sollte, gegen

---

tion von Sonnenstein (Über Tumoren der Bauchdecken und Baucheingeweide. Bonn, 1900. Ref. Centralblatt f. Gynäkologie 1900 p. 1306) mitgetheilt: die mit einem Fibrom behaftete Frau verlegte dessen Entstehung gerade in die Zeit nach der Geburt des Kindes.

[6] Vgl. oben den mitgetheilten Sänger'schen Fall. In der bereits erwähnten Pinkuss'schen Beobachtung war die Geschwulst binnen 4 Monaten zu Faustgröße angewachsen und die Operation in der Erwartung eines Fibrosarkoms gemacht, doch stellte sich nur ein reines Fibrom heraus. In einem unserer Fälle zeigte die Geschwulst nach der Exstirpation beim Aufschneiden ein eigenthümlich markiges Aussehen, das auf Malignität verdächtig erschien. Die Untersuchung wies, wie schon erwähnt, die Gutartigkeit nach.

die Peritonealhöhle sich entwickeln, sondern dass sie schon bei mäßiger Größe nach außen stark vorspringen und die Haut vor sich hertreiben. Dieser Kontrast zwischen der starken Prominenz und der nur geringen Größe des Tumors sei etwas für diese Bauchtumoren ganz besonders Charakteristisches[7]. Ferner ist ihnen je nach dem Sitze die mangelnde Verschieblichkeit nach oben und unten eigenthümlich. Diese diagnostischen Zeichen können aber in schwierigen Fällen leicht versagen, so dass Irrthümer vorkommen, und zwar sind sowohl thatsächliche Desmoide für etwas Anderes gehalten, als auch umgekehrte Fehldiagnosen gemacht worden. Olshausen führt selbst 3 Fälle an. In dem einen wurde ein durch die Schwangerschaft nach oben verdrängter und dort adhärent gewordener Ovarialtumor angenommen, der durch einen nur eine Strecke weit fühlbaren Stiel mit dem Uterus zusammenhängen sollte. Es kam aber ein Desmoid heraus, welches, vom hinteren Blatte der Rectusscheide ausgehend, durch einen Stiel mit den Knorpeln der letzten Rippen zusammenhing. In einem 2. Falle war ein glattes, festes Myom der vorderen Magenwand als Desmoid diagnosticirt und in einem 3. Falle dafür die carcinomatöse, mit den Bauchdecken breit verwachsene Gallenblase gehalten.

(Es folgt dann die Demonstration der mikroskopischen Präparate im Skioptikon.)

Diskussion: Herr Menge fragt Herrn Füth nach dem genauen Sitze des Tumors, und ob eine Beziehung zum Lig. rotundum ganz ausgeschlossen sei (was bejaht wird).

Bezüglich der Indikationsstellung zur operativen Entfernung billigt er durchaus den Standpunkt des Herrn Füth, da er vor einigen Jahren in dieser Gesellschaft einen Bauchdeckentumor demonstriren konnte, der sich als Endotheliom erwies. Dieser Tumor wuchs sehr langsam und beeinträchtigte das Allgemeinbefinden der Kranken zur Zeit seiner Entfernung überhaupt nicht. Allerdings wurde wegen der über ihm unverschieblichen Bauchhaut damals schon die Diagnose »maligner Tumor« in erster Linie in Betracht gezogen; die Unverschieblichkeit war jedoch durch die Komplikation mit einer Netzhernie bedingt und hätte ohne diese fehlen können, da die bösartige Neubildung unterhalb der Fascie saß. Diese Beobachtung rechtfertigt wohl die principielle Exstirpation der Bauchdeckentumoren von harter Konsistenz.

Herr Hennig hat ein Desmoid bei einem 40jährigen Mädchen, das nie geboren hatte, in Berlin beobachtet. Die Kranke litt, als sie in der Nähe von Leipzig wohnte, an heftigen Anfällen von Dysmenorrhoe, Collum uteri coarctatum.

Im Augusta-Hospitale entfernte Küster 3 kleine Myome vom Uterusgrunde. Ein im inneren linken schrägen Bauchmuskel fühlbares Desmoid ließen wir damals sitzen. Nach einigen Monaten brachte diese Geschwulst neue Beschwerden. Der Operateur meldete einige Tage nach der glatt verlaufenen Exstirpation des Desmoids den Tod der Kranken.

III. Herr Glockner: Demonstration eines operativ gewonnenen Präparates von Schwangerschaft im rudimentären Horne des Uterus.

Die 23jährige Pat. suchte wegen Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, welche sie auf ein vor 3 Jahren erlittenes Trauma (Hufschlag) zurückführte, die Klinik auf. Mit 19 Jahren erste Menses, Anfangs unregelmäßig, später immer regelmäßig; seit 3 Monaten Cessatio mensium. Objektiv waren einzelne Schwangerschaftszeichen vorhanden, der Uterus war klein (7 cm lang), linke Adnexe normal, an Stelle der rechten Adnexe ein $1\frac{1}{2}$ faustgroßer Tumor von unregelmäßiger Form und derber, höckeriger Beschaffenheit. Die Diagnose wurde auf rechtsseitige Extra-uterin-Gravidität gestellt. Bei der Operation (Geh.-Rath Zweifel) zeigte sich die größte Masse des Tumors als aus einem mumificirten Fötus im 4. bis

---

[7] Ich erinnere mich deutlich, dass dieses leichte Sich-umgreifen-lassen in dem einen unserer Fälle ganz besonders auffallend war.

5. Schwangerschaftsmonate bestehend, welcher mit einem länglich platten Körper, welcher am Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes inserirte, zusammenhing. An der lateralen Seite dieses Körpers gingen die rechtsseitigen Adnexe ab, so dass dieser Körper als rechtsseitiges rudimentäres Uterushorn angesprochen werden musste. Eine Narbe an der hinteren Fläche des rudimentären Hornes wies auf die Austrittsstelle des Fötus in die Bauchhöhle hin. Im rechten Ovarium war kein frisches Corpus luteum, dagegen war ein solches im linken Ovarium. Die rechtsseitigen Adnexe, so wie das rudimentäre Horn mit dem Fötus wurden exstirpirt. Glatte Heilung.

Das Ei kann vom linken Ovarium nur durch äußere Überwanderung nach dem rechtsseitigen rudimentären Horne gelangt sein; auch das Sperma muss entweder diesen Weg gewählt haben, oder das Ei muss, bereits bevor es überwanderte, befruchtet gewesen sein.

Ein Verbindungskanal zwischen der Höhle des rudimentären rechten und dem Cavum des gut ausgebildeten linken Uterushornes war makroskopisch nicht nachzuweisen.

Neueste Litteratur.

2) Archiv für Gynäkologie Bd. LXII. Hft. 2.

1) Klien (Dresden). Die operative und nicht operative Behandlung der Uterusruptur.

Die verdienstvolle, sorgfältige Zusammenstellung bringt uns eine Übersicht über nicht weniger als 367 in den letzten 20 Jahren publicirte und 14 neue Fälle, aus deren kritischer Betrachtung Verf. für die Klinik geltende Gesetze über die Therapie der Uterusruptur zu gewinnen sucht. Von 149 operirten Fällen starben 66 = 44%, von 125 nicht operirten 49 = 39%. Unter den letzteren wird abgesondert eine Gruppe (18 Fälle), die mit Ausspülung behandelt wurde (45% M.) eine zweite, die mit Gaze tamponirt resp. drainirt wurde (65 Fälle, 52% M.), und eine dritte, die mit Drainage der Rissstelle mittels Gummirohres versorgt wurde (42 Fälle, 17% M.). Von allen Methoden der Behandlung ergiebt die Gummirohrdrainage die absolut geringste Mortalität von 17%. Diese Zahl verdient um so mehr allgemeine Beachtung, als bekanntlich die Drainage besonders zu Gunsten der Jodoformgazetamponade im letzten Jahrzehnte in den Hintergrund gedrängt worden ist. Für die Praxis ist also diese einfache Therapie dringend zu empfehlen. Nur wenn Verblutung droht, muss unter allen Umständen und zwar nach K. an Ort und Stelle ohne Transport die Köliotomie gemacht werden. Kind und Nachgeburt können ohne besondere Gefahr auch bei größtentheils oder vollständig erfolgtem Eintritte in die Bauchhöhle per vias naturales entfernt werden. Die »primäre Köliotomie« wäre also nur dann indicirt, wenn starke Blutung vorhanden wäre, und wenn wegen engen Beckens oder nicht eröffneter Geburtswege eine Entbindung auf natürlichem Wege nicht vorgenommen werden könnte. Als Operationsmethode empfiehlt sich aus praktischen Gründen die Porro'sche Operation mit extraperitonealer Stielversorgung, falls Infektion zu befürchten ist. Sitzt der Riss seitlich, so muss immer köliotomirt werden, bei vorderem oder hinterem Risssitze wäre an die vaginale Totalexstirpation zu denken, falls man sich auch vaginal über die Lage der Zerreißung genau orientiren konnte. Verf. beklagt es, dass die vaginale Operation durch Anwendung bei seitlichem Risse diskreditirt worden ist. Die Erfolge müssen schlecht sein, da man per vaginam die seitlich retrahirten Gefäße nicht erreichen und unterbinden kann. Auch die großen subperitonealen Hämatome muss man alsdann sich selbst überlassen. Im Großen und Ganzen entscheidet demnach, ob die Frau entbunden ist oder nicht, die Blutung über unser Vorgehen.

Anschließend berichtet Verf. besonders über 19 Fälle von Kolpaporrhexis und 15 von mit Blasenrissen komplicirten Uterusrupturen, die zu den schlimmsten Geburtsverletzungen gehören und eine Mortalität von 87% ergeben. Auch für

diese Komplikation befürwortet K. die Köliotomie in erster Linie zugleich mit Naht der Blase und Drainage der Nahtlinie. Die vaginale Naht ist auch für unkomplicirte Fälle nicht zu empfehlen.

2) Van der Hoeven (Amsterdam). Über die Ätiologie der Mola hydatidosa und des sog. Deciduoma malignum.

Verf. hat sich im Laboratorium der Treub'schen Klinik mit der Untersuchung verschiedener junger und älterer Eier, auch im Zusammenhange mit der Uteruswand, von 10 Molen und 6 Deciduomen beschäftigt.

Er hat folgende Ansichten über die Ursachen der Mole und des Deciduoms gewonnen:

Das Syncytium ist wahrscheinlich fötales Ektoderm, die Langhans'schen Zellen sind Somatopleura. Die Mole ist ein bösartiger Tumor zweier Keimblätter, welcher, weil die Zellen sich frei in den Raum hinein entwickeln können, einzelne Kennzeichen der malignen Tumoren weniger deutlich zeigt. Eine der Äußerungen der Malignität einer Mole ist die Neigung der Zellelemente, in großen Strömen den Nitabuch'schen Fibrinstreifen zu durchwachsen. Zwar sieht man auch bei normaler Schwangerschaft Syncytium in der Decidua, jedoch nie so viel zu gleicher Zeit, und nie sieht man eine derartige kräftige Durchwachsung des Fibrinstreifens. Bei der Mole haben diese Zellen eine stärkere Neigung, zu wuchern, und wachsen bis in die Muskeln hinein. Ist die Neigung zur Malignität in der Mole keine sehr starke oder ist die Mole entfernt, bevor die malignen Wucherungen in die mütterlichen Gewebe hineingewachsen sind, so wird das Deciduom ausbleiben. Es giebt auch Deciduome, die ihren Ursprung in einer sonst normalen Placenta haben, in der einzelne Epithelzellen eine Neigung zur abnormen Wucherung besitzen. Schließlich ist es auch möglich, dass Deciduome wirkliche Sarkome der Mucosa oder Muskulatur des Uterus sind, also Sarkome, die unabhängig von der Schwangerschaft entstehen.

3) H. Palm (Göttingen). Beitrag zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborener.

Da Schwangere und Neugeborene nachgewiesenermaßen eine größere Disposition für das Pockengift besitzen, wurden in der Frauenklinik Göttingen bei einer Pockengefahr im Sommer 1900 sämmtliche Schwangere und Neugeborene der Impfung unterzogen. Die Zahl der geimpften Schwangeren war 92. Verf. kam, wie schon Andere vor ihm, zu folgenden Schlüssen: Die erfolgreiche Impfung Schwangerer und Wöchnerinnen schließt nachtheilige Folgen weder für die Schwangerschaft noch das Wochenbett in sich. Die erfolgreiche Impfung Schwangerer darf nicht als intra-uterine Schutzimpfung für den Fötus betrachtet werden. Auf Grund der Beobachtung, dass bei den Neugeborenen die Pusteln bei verzögerter Entwicklung nur einen geringen Umfang erreichen, wenn die Mütter erfolgreich geimpft waren, muss man zu der Annahme kommen, dass diese Impfung der Mütter vor der Entbindung einen die Reaktion auf das Vaccinekontagium beim Fötus abschwächenden Einfluss ausübt. Die Impfung ist für die Neugeborenen durchaus ungefährlich. Eine allgemeine Einführung der Impfung des Kindes in den ersten Lebenstagen, wie sie Behm wegen der gering entwickelten Schmerzempfindung wünscht, möchte Verf. desshalb widerrathen, weil die technischen Schwierigkeiten größere sind als bei älteren Kindern und in Folge dessen öfters Misserfolge zu erwarten wären.

4) K. Winkler (Breslau). Die Placentarstelle des graviden, menschlichen Uterus.

In den letzten Jahren hatte das Breslauer pathologische Institut ein so reichliches Material von Uteris aus den verschiedenen Stadien der Gravidität gesammelt, dass W. der Versuch gerechtfertigt erschien, die Resultate seiner histologischen Untersuchungen zu einer Darstellung der Bildung und des Wachsthums der menschlichen Placenta und zu einer Schilderung der sich dabei abspielenden Vorgänge an der Placentarstelle der Uteruswand zu verwerthen. In dieser in 3 Ka-

piteln, welche den 1.—3., den 3.—6. und den 7.—9. Monat der Schwangerschaft umfassen, vorliegenden Beschreibung werden uns, da sie die brennendste Tagesfrage betreffen, am meisten die Ansichten des Verf. interessiren, welche er über das Syncytium der Chorionzotten und seine Herkunft gewonnen hat. Verf. lässt sich hierüber folgendermaßen aus: Bevor wir im intravillösen Raume etwas von Syncytium sehen, tauchen zwischen den Fasern der obersten Muskellagen lange spindelförmige Protoplasmazüge von der Länge der Muskelfasern und von 2- bis 4facher Breite auf, welche, mit Eosin lebhaft färbbar, in sich eine Anzahl dicht hinter einander gelagerter, großer, länglicher Kerne führen. Nach der Decidua zu vermehren sich allmählich diese Gebilde mit vorrückender Schwangerschaftszeit, im lockeren Deciduagewebe verbreitern sie sich, runden sich ihre Kerne. Sie lagern in der Nähe der Drüsenreste, und sobald sie die Oberfläche gewonnen haben, breiten sie sich flächenhaft aus und überziehen alle den intravillösen Raum begrenzenden Schichten des mütterlichen und fötalen Placentaantheiles. Verf. sucht also den Ursprung der zellgrenzenlosen Gebilde, von ihm »Syncytoblasten« genannt, in der Muskulatur der Bildungsstelle der Decidua und den angrenzenden Lagen der Decidua und schließt sich hiermit der Minderzahl von Forschern an, welche an dieser Ansicht mit Zähigkeit festhalten, wenn auch die Meinungen darüber getheilt sind, von welchem mütterlichen Gewebsantheile der Decidua das Syncytium seinen Ursprung nimmt. W. theilt dem äußeren Zottenüberzuge eine große Bewegungsfähigkeit und lebhafte Wachsthumsenergie zu, welche sich in der Bildung syncytialer Fortsätze und Brücken zwischen den einzelnen Zotten nach Fertigstellung des Gesammtüberzuges äußert. Nach dem 6. Monate beginnt die regressive Metamorphose des Syncytiums, welches in diesem Stadium seine physiologische Bestimmung mit voller Reifung der Placenta erfüllt zu haben scheint, und am Ende der Schwangerschaft findet man nur noch einzelne unzusammenhängende Reste desselben vor. Die Langhans'sche Schicht, vom fötalen Ektoderm gebildet, schwindet gleichfalls vom 5. Monate ab allmählich. Ganz besonders tritt Verf. der Anschauung von Peters entgegen, welcher sich nicht ganz eindeutig über den Ursprung des Syncytiums ausspricht und meint, dass mütterliche Blutelemente zu seiner Bildung wohl beitragen, doch auch zu der Annahme neigt, dass es fötaler Proveniens ist. Von einer Blutgerinnung an der Zottenoberfläche, welche zur Bildung von Protoplasmahaufen führt, kann gar keine Rede sein. Immer hat Verf. die Blutzellen frisch und gut färbbar vorgefunden, nirgends am Saume des intravillösen Raumes Gerinnungsspuren entdecken können.

Verf. hält auch den Nitabuch'schen Fibrinstreifen nicht für ein Produkt der Blutgerinnung. Nach ihm giebt es in der Placenta von der Mitte der Schwangerschaft an nur eine Art von regressiver Metamorphose, »die hyaline Degeneration«, welche allmählich von der Deciduaoberfläche beginnend entlang den Gefäßen die decidualen Stützsäulen, die Decidua bis an die Muskulatur heran und die Chorionzotten an ihrer Peripherie erfasst, und die für den Lösungsvorgang der Placenta sammt Decidua von allergrößter Bedeutung ist. Dass es sich nicht um Fibrinstreifen handelt, erkennt man bei starker Vergrößerung der homogenen, mit Eosin färbbaren Massen, in welchen man deutlich gut erhaltene Deciduazellen in Haufen sehen hann, an deren Rändern bereits die Zellgrenzen undeutlicher werden, um in die homogene blassrothe Substanz überzugehen. Auch in den späteren Schwangerschaftsmonaten, wo die hyalinen Streifen ohne Syncytiumbelag an den intravillösen Blutraum grenzen, ist kein Zeichen von Blutgerinnung zu konstatiren. Verf. betont am Schlusse seiner Arbeit, wie wechselvoll das Verhalten der Placentarbestandtheile im Verlaufe der Gravidität ist, und wie gerade die Deciduazellen dasjenige Element darstellen, welches bis zur Geburt eine unveränderte Gleichförmigkeit in Bezug auf Form und Verhalten den Farbstoffen gegenüber bewahrt. Sie erweisen sich als die lebensfähigsten Elemente der Placenta. »Diese Eigenschaft wird gerade bei der Entstehung bösartiger Geschwülste, die sich bisweilen nach Aborten oder rechtzeitigen Geburten an der Placentarstelle entwickeln, den Deciduazellen eine wichtige Rolle in der Genese derartiger Neubildungen zuerkennen müssen.«

Ref. muss die Frische der Darstellung und die natürliche Einfachheit der entwickelten Ansichten rühmend hervorheben, die sofort für sich einnehmen, kann aber nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass eine nähere Darlegung des zur Untersuchung verwendeten Materiales und eine reichere Illustration (es sind nur 2 mikroskopische Bilder beigegeben) der originellen Befunde des Verf. wünschenswerth gewesen wären. **Courant** (Breslau).

Geburtshilfliches.

3) C. Stankiewicz (Lódz). Über Medulläranästhesie in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

(Czasopismo Lekarskie 1900. No. 12.)

S. erwähnt in einem Überblick Siccard (1898) als den Ersten, der Thierexperimente mit Medulläranästhesie mittels Cocaineinspritzung machte, Bier als den Ersten, der an sich selbst einen experimentellen Versuch machte, dann die Versuche am Menschen von Jaboulay und Jacob, den von Seldowicz beschriebenen postoperativen Leichenbefund; erst Tuffier, der nicht nur wie seine Vorgänger an den unteren Extremitäten (Bier und Seldowicz) mit medullärer Cocainanästhesie operirte, schaffte der Methode Eingang. Auf dem Pariser Internationalen Ärztekongresse 1900 berichtete Racoviceanu über 125 und Severeanu über 70 einschlägige Beobachtungen. (Dass die Amerikaner mit Recht für Corning die Priorität beanspruchen, die Rückenmarkscocainisirung zum Ersatze der Chloroformanästhesie vorgeschlagen zu haben und zwar viele Jahre vor Bier's ersten Versuchen [s. Med. record 1900: eine ganze Reihe Aufsätze mit historischem Überblick], dürfte S. entgangen sein. Ref.) S. konnte, als er zum 1. Male nach Tuffier vorgehen wollte, trotz 2maligen Versuches die Nadel nicht in den Wirbelkanal einführen. In seinem 2. Falle, bei einer 23jährigen hysterischen Pat., wirkte die Einspritzung von 0,01 ccm Cocain nicht nur nicht anästhesirend, sondern es trat eine so kolossale Hyperästhesie der unteren Extremitäten auf, dass schon auf den Nadelstich hin eine Art eklampsieähnlicher Anfälle eintrat und S., der einen Bauchschnitt auszuführen hatte, den Besitz des Chloroforms in unserer ärztlichen Schatzkammer für ein Glück hielt. In einem 3. Falle dagegen, Zangenextraktion sub partu, manuelle Placentarlösung und Dammnaht, war S. sehr befriedigt von der Medulläranästhesie, nach derselben nur 1maliges Erbrechen mit Schweiß, glattes Wochenbett.

Die Wirkungsweise der Medulläranästhesie erklärt sich S. nach Nicoletti (Revue de chir. 1900 p. 364). Die Hysterie will S. als Gegenanzeige auffassen. Seit 23. November 1900 hat S. das Verfahren noch 6mal angewandt (bei Bauchschnitt, Nephrotomie, vaginaler Verkürzung der Ligg. uteri rotunda, Vaginifixur des Uterus, Lösung einer fixirten Retroflexio uteri etc.). 1mal trat Anästhesirung des gesammten Körpers einschließlich des Kopfes auf, keine Nebenwirkungen beobachtet außer Kopfschmerz und leichten Temperatursteigerungen. 1mal Anästhesirung unvollkommen, weil bei Herausziehen der Nadel ein Theil der Cocainlösung mit Spinalflüssigkeit gemischt abgeflossen war.

(Ref. war zugegen bei 2 von W. Stankiewicz im Warschauer evangelischen Hospital mit Tuffier's Medulläranästhesirung vollzogenen Operationen. W. Stankiewicz hat im Gegensatze zu C. Stankiewicz in Lódz auf Grund der bei beiden Operationen sehr mangelhaften und ungenügenden Anästhesirung jeden weiteren Versuch damit aufgegeben.) **F. Neugebauer** (Warschau).

4) R. David (Marienbad). 2 Fälle aus der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

1) Zwillingsgeburt bei allgemein verengtem Becken, betrifft eine 30jährige Ipara, die am Tage vor der Geburt an Fieber, Mattigkeit, unter dem

Bilde der Influenza erkrankt war. Wegen mangelhafter Wehenthätigkeit mussten im Verlaufe der Geburt, da wiederholte Ohnmachtsanfälle eintraten, beide Kinder mit der Zange extrahirt werden, nach dem Blasensprunge des zweiten war mit Erfolg die vorgefallene Nabelschnur reponirt worden. Interessant war die Thatsache, dass das Fruchtwasser des ersten Kindes trüb, grünlich verfärbt und übelriechend, das des zweiten vollkommen normale Verhältnisse zeigte (bei Anwesenheit zweier getrennter Placenten). D. bezieht diesen Umstand nicht auf die Influenza, da in Folge dieser Allgemeinerkrankung das Fruchtwasser in beiden Placenten gleich beschaffen gewesen wäre, sondern auf eine Infektion der vorliegenden ersten Fruchtblase durch Lufteintritt; diese Infektion könne auch das fälschlich als Influenza gedeutete Unwohlsein der Frau bewirkt haben.

2) Ileus, hervorgerufen durch ein im kleinen Becken eingeklemmtes Collummyom. Seit 2 Tagen Harn- und Stuhlverhaltung bei intensivem Urindrange, Aufstoßen, Meteorismus, hohes Fieber, Collaps. Anamnese nicht eruirbar. Erst in Narkose gelang die Aufrichtung des von 3 Ärzten als Uterus gravidus retroflex. incarceratus gehaltenen Tumors, so wie die Richtigstellung der Diagnose. Heilung. Operation verweigert. **Piering** (Prag).

5) **Eckstein** (Teplitz). Die ersten 5 Jahre geburtshilflicher Praxis. (Geburtshilfliche Kasuistik.)

(Graefe's Sammlung zwangl. Abhandlungen Bd. IV. Hft. 1.)

E. hat sich zu dieser Veröffentlichung entschlossen, weil statistische Berichte über geburtshilfliche Leistungen praktischer Ärzte oder Geburtshelfer im Vergleich zu denen »klinischer« nur in ganz geringer Zahl vorhanden sind. In der Privatpraxis bestehen auch »Luxusoperationen« unter Umständen zu Recht, und wenn der Geburtshelfer das »nil nocere« stets streng vor Augen hat, so werden schließlich auch diese in den seltensten Fällen einen Nachtheil für die Gesundheit nach sich ziehen. Zur Desinfektion der Hände so wie der Instrumente benutzt E. 4- bis 5%ige heiße Karbollösung und 1‰iges Sublimat. Ausspülungen der Scheide werden sowohl vor als nach einem Eingriffe möglichst vermieden; auch Uterusausspülungen nach operativen und manuellen Eingriffen werden so wenig als möglich ausgeführt, reichlich aber die Auskratzungen nach Abort und nach manueller Placentarlösung, um so mehr wenn bereits Fieber da war. Es wurden im Ganzen 214 Eingriffe vorgenommen mit 7 Todesfällen, von denen nur einer der Operation direkt, und zwar einer Symphyseotomie zur Last fällt. Von den 204 zur Welt beförderten Kindern wurden 5 perforirt, 2 waren faultodt, 23 todt. Unter den Schilderungen der einzelnen Fälle findet sich viel Interessantes, so z. B. ein Descensus uteri gravidi und Prolapsus vaginae, bei dem zwischen den Beinen der Gebärenden eine dunkelblauroth gefärbte Geschwulst von über Armstärke und einer Länge von 20 cm sichtbar war. Da die Cervix ungemein dehnbar war, gelang es, den Kopf mit der Zange ohne Schaden durchzuleiten und dann post partum den Uterus zu reponiren. Bei der Extraktion nach der Wendung galt als Grundprincip, mit derselben bei nicht vollständig erweitertem Muttermunde so lange als möglich zu warten, selbst auf die Gefahr hin, dass das kindliche Leben gefährdet oder gar vernichtet werde. Es gingen allerdings 13 Kinder von 17 dabei zu Grunde. Einem Kinde, welches wegen hochgeschlagener Arme nicht entwickelt werden konnte, brach Verf., da es anscheinend todt war, den Arm, extrahirte und legte den schlaffen, hochgradig cyanotischen Körper für todt bei Seite. Während er sich mit der Mutter beschäftigte, schrie das Kind plötzlich, der Arm wurde versorgt und blieb gesund. Ein Prolapsus placentae wurde bei Placenta praevia und Querlage der Frucht beobachtet; das todte Kind wurde gewendet und extrahirt, die ausgeblutete Frau starb $^1/_2$ Stunde darauf. Für Aborte wird die Forderung aufgestellt, unter den peinlichsten anti- oder aseptischen Kautelen, ohne Rücksicht auf bestehende oder fehlende Blutung, so lange die Uterushöhle nicht bequem zugänglich ist, den Uterus zu tamponiren. Nach 24 bis 36 Stunden ist genügende Erweiterung eingetreten, um ohne Narkose eine schmerzlose, instrumentelle Ausräumung mit stumpfer Curette oder Polypenzange vornehmen zu können, die er

der digitalen wegen der dabei nöthigen Narkose vorzieht. Bei nachgewiesener Lungentuberkulose soll jede beginnende Gravidität, mit ausdrücklicher Zustimmung der Betheiligten, unterbrochen werden. Erwähnenswerth ist auch noch eine Uterusruptur nach spontaner Entbindung, die dem Missverhältnis des Kopfes zum unteren Uterinsegment zuzuschreiben war. **Witthauer** (Halle a/S.).

6) H. F. P. Maasland (Haag). Aus meiner geburtshilflichen Praxis.

(Geneesk. Tijdschrift voor Ned. Indië Bd. XL. Hft. 2.)

In seiner Praxis auf Java hat Verf. viel öfter die Geburt künstlich beenden müssen, als in Europa unter sonst gleichen Bedingungen der Fall gewesen wäre. Die Regelmäßigkeit der Presswehen lässt dort viel zu wünschen übrig, 1) weil die Frauen, welche längere Zeit in Indien waren, jede Körperanstrengung und Muskelarbeit möglichst meiden und dabei eine an Amylacea und Fetten äußerst reiche Nahrung zu sich nehmen, so dass ein schlaffes, bald ermüdetes Muskelsystem entsteht; 2) aber können auf die andere Kategorie von Frauen, die erst aus Europa angekommenen, meist jungverheiratheten Beamten- und Officiersfrauen, psychische Einflüsse, abgegeben durch Primiparität, fremdes Klima, fremde Umgebung, Abwesenheit des Ehemannes etc., einwirken, durch die die austreibenden Kräfte geschwächt oder sonst ungünstig geändert werden können.

Weil nun Angst vor dem Arzte und seinen Instrumenten die Frauen oft zu den Kurpfuscherinnen treibt, hält Verf. es für wichtig, zwei Mittel zu besprechen, mit denen man ohne Operation zum Ziele kommen kann. Es sind dies 1) die bekannten medikamentösen (Secala cornutum und Chloroform), 2) ein Handgriff, von dem Verf. öfters einen glänzenden Erfolg erlebte.

Es besteht dieser einfache Handgriff in Dehnung des Perineums mittels des gekrümmten Zeige- und Mittelfingers der Hand. Diese Dehnung, jedes Mal während einer Uteruskontraktion geübt, bringt auf reflektorischem Wege, auch durch Druck auf den unteren Theil des Rectum, die Bauchpresse in kräftiger Weise in Gang.

Einige Beispiele erläutern diese Auffassungen des Verf.

Semmelink (Leiden).

7) L. Knapp (Prag). Accouchement forcé bei Eklampsie.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 51.)

Gilt auch im Allgemeinen der Grundsatz, bei Eklampsie forcirte Entbindungen zu vermeiden, so besteht in schweren Fällen doch oft die Nothwendigkeit, rasch zu entbinden. Unter den wegen Eklampsie operativ Entbundenen konnte K. in 70,5% einen günstigen Erfolg erzielen. Gegenüber der manuellen Dilatation des Cervicalkanales scheint die instrumentelle mittels des Dilatators von Bossi die sichersten Erfolge zu bieten. K. hat denselben in Fällen von vorzeitiger Lösung der Placenta, bei Placenta praevia, so wie bei Eklampsie mit Vortheil angewendet. Bei einer 19jährigen Ipara gelang es, nachdem durch 2 Anfälle bereits schweres Koma eingetreten war, in Narkose die noch halbfingergliedlange, nur für einen Finger durchgängige Cervix mittels Bossi's Instrument in der kurzen Zeit von 1/2 Stunde auf die Maximalerweiterung von 12 cm zu bringen, darauf Wendung und Extraktion einer reifen Frucht. Kein Anfall mehr. K. tritt warm für den Gebrauch des leistungsfähigen Instrumentes ein. **Piering** (Prag).

8) Holz (Bromberg). Entbindung von einem Dicephalus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 45.)

26jährige Vpara. Die früheren Geburten schwer, aber ohne Kunsthilfe. 10 Stunden nach Blasensprung Aufhören der Kindsbewegungen. I. Schädellage. Kopf soll bereits unmittelbar nach Blasensprung dicht hinter der Rinne gestanden haben. Vergeblicher Zangenversuch. Entwicklung des Kopfes gelang erst mittels eines in den Mund eingeführten und zweier Finger (der anderen Hand), welche das Genick umfassten. Bei weiterem Ziehen kam der rechte Arm zum Vorschein

und mit plötzlichem Ruck ein zweiter, kleinerer Kopf, worauf leicht der übrige Theil der nur mit einem Rumpf, 2 Armen und 2 Beinen ausgestatteten weiblichen Frucht folgte. Damm unverletzt. Nachgeburt durch Credé entfernt. Normales Wochenbett.

Sektion des Kindes ergab Dicephalus mit doppelter Anlage der Wirbelsäule und des Rückenmarkes bis zum Kreuzbeine. 2 getrennte Ösophagi, 2 Mägen, die in einem Duodenum mündeten. Herz mit 3 Kammern, 2 Aorten, aber nur einer A. pulmon. Lungen nur einfach gebildet. **Graefe** (Halle a/S.).

9) **Sieber** (Breslau). Über Geburtsverlauf in einem Falle von Vagino- und späterer Ventrofixation wegen Scheiden-Gebärmuttervorfall mit Rückwärtsknickung.

(Deutsche Ärztezeitung 1900. Hft. 21.)

Bei der 42jährigen IVgravida war vor einem Jahre wegen der in der Überschrift angegebenen Lageanomalien die Vaginofixation nach Eröffnung der Plica vesico-uterina mit 2 gekreuzten Seidenfäden etwas unterhalb des Fundus mit Kolporrhaphia ant. et post. und Dammplastik ausgeführt. Die Geburt verlief bis auf einen Dammriss I. Grades normal. Im Laufe der nächsten $1^1/_2$ Jahre recidivirte der Scheidenvorfall, obwohl der Uterus gut anteflektirt lag. Wegen narbiger Veränderung der vorderen Scheidenwand Kolporrhaphia bilateralis (Fehling); Kolporrhaphia post. und Perineoplastik nach Lawson Tait (Scheidenlappen fast bis zur Portio abpräparirt). Ventrofixatio uteri nach Leopold mit 2 Seidenfäden 4 Querfinger über der Symphyse. Dabei zeigte sich, dass die von der Vaginofixation herrührende Adhäsion zwischen vorderer Uterus- und Scheidenwand dehnbar und nachgiebig war.

Nach $^5/_4$ Jahr abermaliger Partus. Ausgesprochener Hochstand und Retroposition der Cervix, so dass der innere Muttermund für 2 Finger nur mit Mühe erreichbar war, während der äußere Muttermund seine normale Stellung beibehielt. Schieflage der Frucht, vorzeitiger Wasserabfluss; Vorfall der rechten Hand. Langsame Erweiterung und Verkürzung des Cervicalkanals. Schwierige Wendung, bei welcher sich in Folge der doppelten Fixation der vorderen Uteruswand die Ventrofixationsnarbe unter konkaver Einziehung der vorderen Bauchwand stark anspannte. Auch die Extraktion durch die narbige Veränderung des Scheidenrohres so wie den hochangelegten Damm sehr erschwert. Kind abgestorben. Normaler Wochenbettsverlauf.

Auch S. räth, die Vaginofixation bei noch gebärfähigen Frauen aufzugeben, empfiehlt dagegen die Ventrofixation mit den nöthigen Hilfsoperationen.

Graefe (Halle a/S.).

Verschiedenes.

10) **Renssen** (Arnhem). Naht der Haut nach Michel.

(Med. Weekblad v. Noord en Suid Nederland 1900. No. 28.)

Verf. rühmt dieser Methode nach, dass sie erstens strengere Asepsis gewährt, dass die tieferen Schichten nicht längs der Fäden von der Oberfläche aus inficirt werden, dass die Naht schnell angelegt werden kann und wenig schmerzhaft ist, eine schöne Narbe giebt, dass das Nahtmaterial bequem zu transportiren und schließlich billig ist, weil die »Agrafes« bis 15mal hinter einander an verschiedenen Pat. benutzt werden können.

Seit Anfang September d. J. hat Verf. nur noch ausnahmsweise mit Seide genäht, wo er große Spannung fürchtete. Sonst glaubt Verf. nicht, dass er zu der altenMethode zurückkehren werde, und prophezeit dieser Michel'schen Methode eine große Popularität. (Siehe für diese Methode die Mittheilungen des Pariser internationalen medicinischen Kongresses). **Semmelink** (Leiden).

11) Folmer (Delft). Ein Fall von Perityphlitis actinomycotica in Genesung begriffen.

(Med. Weekblad v. Noord en Suid Nederland 1900. No. 20.)

Fall von Perityphlitis actinomycotica verläuft trotz wochenlanger Behandlung mit großen Dosen Jodoform (4—5 g täglich) progressiv, schließlich relativ schnelle Heilung bei Applikation von Bals. peruvianum.

Am 22. December 1899 zu 23jährig. Pat. von 89 kg gerufen. Hat sich wegen vermeinten Bruches ein Bruchband selbst vorgeschrieben. Heftige Schmerzen. Kein Bruch, dagegen Diagnose Perityphlitis stercoralis. 17. Februar Leistendrüsen rechts geschwollen, Prießnitzumschläge, 20. Februar spontaner Durchbruch eines Abscesses, sehr viel Eiter. 11. März handtellergroße Schwellung des Bauches mitten zwischen Nabel und Symphyse. Incision 13. März. 26. März Schwellung der linken Leistengegend, Incision. In alle Abscesshöhlen seit 20. Februar und auch jetzt Jodoformglycerinemulsion nach Reinigung eingespritzt. Nie Actinomyces gefunden trotz eifrigen Suchens. 26. April Flatus aus allen Bauchwunden, zum ersten Male Actinomyces, seitdem Jodoform 1 cg, Formalin in die Wunden, resorbirende Salbe. Immer viel Eiter, Pat. kommt sehr herunter (Körpergewicht am 21. Mai 55 kg). Vom 1. Juni an täglich nach Irrigation der Wunden Einspritzen von Perubalsam. Zuerst viel mehr Eiter, schon nach wenigen Tagen sind die Wundhöhlen stark verkleinert; der monatelang anhaltende unerträgliche Gestank hat aufgehört, wenig Eiter, kein Actinomyceskörnchen. Am 23. Juni werden kleine weiße Samen mit dem dünnen Stuhle entfernt, leider nicht untersucht, weil Alles wegen unerträglichen Stinkens sofort weggeworfen war. Seit 26. Juni hält die Besserung an und nimmt das Körpergewicht schnell zu. Die Temperatur war selten und dann wenig erhöht.

Verf. glaubt jetzt nicht mehr an die Specificität des J Kodoforms gegen Actinomyces. **Semmelink** (Leiden).

12) J. Bartel (Wien). Kasuistische Mittheilungen: Fall von echter doppelseitiger Hypertrophie der weiblichen Brustdrüse. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institute.)

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. Hft. 7.)

Bisher sind 15 Fälle von doppelseitiger und 5 Fälle von einseitiger echter Hypertrophie der Mamma beschrieben. Nach der Zeit des Auftretens lassen sich 2 Gruppen unterscheiden: bei der einen fällt das Auftreten in das Pubertätsalter (11 Fälle der 1., 3 der 2. Art), bei der anderen Gruppe fällt der Beginn in die Zeit der Gravidität. Bei den Fällen der 1. Gruppe ist Sekretion nie vorhanden gewesen, auch bei denen der 2. Gruppe wurde Sekretion nur 3mal sicher nachgewiesen. Histologisch zeigen die wenigen untersuchten Fälle der 1. Gruppe mehr das Bild eines tubulösen Mammaadenoms (reichliche Verzweigungen der Drüsengänge ohne Drüsenbläschen), die der 2. mehr den typischen Bau der Mamma zur Zeit der Laktation (außer reichlicher Verzweigung der Gänge zahlreiche Drüsenbläschen). B.'s Fall betrifft ein 14jähriges, noch nicht menstruirtes starkes Mädchen. Im Anschlusse an eine schwere Pneumonie im 11. Lebensjahre trat neben raschem allgemeinen Wachsthum ein rasches Anschwellen der beiden Brustdrüsen auf. Die Mammae reichten beiderseits von der 2. bis zur 9. Rippe, die rechte bis an die Spina ossis ilei ant. herab. Der Thorax erschien durch das Gewicht der ganz excessiv vergrößerten Mammae scheinbar flachgedrückt. Per rectum ein Uterus infantilis zu konstatiren. In 2 Sitzungen wurden rechts und links Drüsenmassen von je 1800 g entfernt. Histologisch zeigt sich (analog den Fällen der 1. Gruppe) diffuse Hypertrophie des Bindegewebes und der Drüsen. Eine Vermehrung haben von dem Drüsengewebe nur die Gänge höherer und niederer Ordnung erfahren, während Drüsenbläschen vollkommen fehlen. **Piering** (Prag).

13) C. Jacobs (Brüssel). Spätresultate der abdominalen Hysterektomie mit Ausräumung des Beckens wegen Carcinoma uteri.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 4.)

52 abdominale Hysterektomien; davon 4 Todesfälle: 1) Abdominale Infektion in Folge Berstens einer Pyometra, 2) Pneumonie, 3) Embolie, 4) sehr ausgesprochene Schwäche der Pat.

Von den übrig bleibenden 48 Pat. sind zwei ohne Nachricht zu geben geblieben und eine erst jüngst operirt.

16 Pat. verstarben an Recidiven.
16 » sind am Leben, ebenfalls mit Recidiven.
13 » sind am Leben und ohne jede Spur von Recidiv.

J. wirft den gynäkologischen Lehrbüchern vor, dass sie nur das Krankheitsbild des weit vorgeschrittenen Uteruscarcinoms geben und nicht dasjenige des beginnenden. Betreffs der einzuschlagenden Therapie räth J., nur dann radikal zu operiren, wenn die Erkrankung nicht die Muttermundslippen überschritten hat.

Als operabel werden also diejenigen Fälle angesehen, die ganz im Beginne der Erkrankung stehen (mikroskopische Diagnose), und diejenigen, bei denen die Portio vagin. beinahe frei von der Erkrankung ist; gesunde Vagina, freie Parametrien, beweglicher Uterus.

Zur zweiten Kategorie gehören diejenigen Fälle, bei denen die Infiltration schon die Schleimhaut und die unter der Vaginalschleimhaut gelegenen Gewebe nebst Parametrium ergriffen hat. Hier macht man am besten die Collumamputation.

Zur dritten und vierten Kategorie gehören die Fälle von lymphatischer Infektion und allgemeiner Infektion. Die 52 Fälle werden tabellarisch zusammengestellt.

Beuttner (Genf).

14) L. Peters. Fall von Plattenepithelkrebs in einer Dermoidcyste des Eierstocks und Fall von Adenocarcinom und Dermoidcyste in einem Eierstocke.

(John Hopkins Hospital bulletin 1900. April.)

Beschreibung zweier Fälle, welche ähnliche, aber doch wesentlich verschiedene Bilder boten. Einmal hatte sich nämlich in der Wand einer Dermoidcyste des Eierstockes ein Carcinom mit platten Epithelzellen entwickelt, während im anderen Falle neben einer nicht weiter veränderten Dermoidcyste ein Adenocarcinom entstanden war. Unter den eigentlichen Geschwulstzellen der ersteren, welche in Nestern innerhalb eines bindegewebigen Stromas liegen, finden sich auch einzelne mit einem Kerne, welche karyokinetische Figuren zeigen, hauptsächlich anscheinend an der äußeren Grenze der Cystenwandung, wohl der Wucherzone des Ganzen, daneben auch Zellen mit 4 Kernen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

15) Boldt (New York). Die palliative Behandlung des Gebärmutterkrebses.

(New York post-graduate clin. society 1900. Januar 18.)

Für die palliative Behandlung des Gebärmutterkrebses empfiehlt B. lebhaft die von Pyrne (Brooklyn) schon seit langen Jahren geübte Anwendung der elektrischen Glühhitze. Doch ist es hierbei wesentlich, dass die Elektrode weder weißglühend, noch selbst stark rothglühend ist, da sie sonst leicht Blutungen ver ursacht. Der beste Grad der Erhitzung ist der des matten Rothglühens.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

16) C. Otto. Carcinoma uteri und seine Radikalbehandlung.

(Disputats 1900. Kopenhagen.)

O. berichtet über 163 Fälle der Operation wegen Carcinoma uteri, in den verschiedenen Spitälern Dänemarks gesammelt. Durch die Auskunft, die er über das weitere Schicksal der Pat. eingeholt hat, versucht er die Prognose und Indikation der Radikaloperation festzustellen. Nachdem er die verschiedenen Formen,

ihren Sitz, die Schnelligkeit und Richtung ihres Wachsthums besprochen, erwähnt er die Operationsmethoden und ihre Resultate.

Vaginalhysterektomie wegen Carcinoma colli wurde 113mal ausgeführt. 24 starben in Folge der Operation, 59 Recidive binnen 5 Jahren, 4 Recidive nach 5 Jahren. 19mal wegen Carcinoma corporis (2 gestorben, 6 Recidive) Amputatio supravaginalis colli 19mal (16 Recidive binnen 2 Jahren). Exstirpation durch Laparotomie wird nicht besprochen. **K. Faber** (Kopenhagen).

17) **C. Larsen.** Über operative und nicht operative Behandlung der Tuberculosis abdominalis.

(Hospitalstidende 1900. No. 44.)

6 Fälle. Bei 2 machte er Explorativincision. Er fand im Abdomen einen Hohlraum, von gelötheten Därmen, Oment und Mesenterium gebildet mit reichlichem serösen Exsudat. In den Wänden des Hohlraumes fanden sich miliare Knoten. Die eine Pat. ist völlig hergestellt, die andere an Lungentuberkulose nach einem Jahre gestorben. Bei 2 versuchsweise Diuretin innerlich 50—75 cg 3mal täglich. Die Diurese wurde reichlicher, der Umfang des Abdomens nahm nach einem Monate resp. 28 und 30 cm ab. Heilung. Im 5. Falle wurde Diuretin mit vorübergehender Wirkung versucht, dann Explorativincision. Heilung. Im 6. Falle blieb Diuretin ganz wirkungslos; der operative Eingriff wurde nicht erlaubt. L. hegt keinen Zweifel, dass in den nicht operirten Fällen auch eine Abdominaltuberkulose vorhanden war. **K. Faber** (Kopenhagen).

18) **Bucke** (London, Canada). Erfolge von 100 Operationen an geisteskranken Weibern.

(Med. news 1900. August 11.)

In dem Irrenhause zu London in Canada ist in den letzten 4 Jahren gynäkologisch behandelt worden und zwar mit dem Erfolge, dass unter den Weibern die Genesungen von der Geisteskrankheit von 35 auf 51% stiegen, während in derselben Zeit unter den Männern die Zahl der Genesungen nur von 35 bis 37% zunahmen. Während dieser Zeit wurden 256 Fälle in Narkose gynäkologisch untersucht, bei denen 219mal eine Krankheit der Geschlechtstheile aufgefunden und 200mal operativ behandelt wurde. Von den noch übrigen erkrankt gefundenen Weibern sollen 3 noch operirt werden, 16 eigneten sich nicht zu operativer Behandlung. Es wurde gefunden: 146mal Subinvolution oder Endometritis oder beides, Erkrankung oder Riss der Cervix 71mal, Polyp an derselben 5mal, Retroversion oder Vorfall der Gebärmutter 77mal, Neubildung 19mal, Erkrankung des Eierstockes oder Eileiters oder beider 36mal, Dammrisse und Fisteln 39mal, im Ganzen 393 krankhafte Zustände an den 219 Weibern. Die ausgeführten 362 Operationen waren: Curettements 151, Trachelorrhaphien oder Cervixamputationen 62, Alexanders Operationen 44, Ventrosuspensionen 16, Dammnähte 31, Ovariotomien 16, Hysterektomien 25, Myomektomien 5, Bauchschnitte wegen tuberkulöser Peritonitis 2; 4 von den 200 Operirten starben, fast alle 196 von der Operation Genesene wurden körperlich erheblich gekräftigt, 83 Weiber genasen auch von ihrer Geisteskrankheit = 41,5%, 45 wurden in dieser Hinsicht gebessert = 22,5%, 68 oder 34% blieben unverändert. Es muss besonders auffallen, dass im Gegensatze zu dieser günstigen Beeinflussung der Geisteskranken durch gynäkologische Operationen die Erfolge anderer chirurgischer Operationen ganz gering waren, indem unter 63 derselben nur einmal die Geisteskrankheit gehoben wurde; meist handelte es sich um Bruchoperationen nach Bassini, sonst um Geschwulstentfernungen. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

19) **Ramsay** (Baltimore). Myom der Harnblase.

(Philadelphia med. journal 1900. Juli 7 u. 14.)

R. beschreibt einen in der gynäkologischen Abtheilung Kelly's des John Hopkins-Hospitals beobachteten Fall von Myom der vorderen Blasenwand, eine ziemlich seltene Geschwulstform. Dies Myom hatte eine beträchtliche Größe:

9:8:5 cm, war theilweise noch von Schleimhaut bedeckt und bestand aus koncentrisch angeordneten Muskelfasern, welche theilweise in hyaline Degeneration überzugehen begannen. Es wurde zweiseitig operirt: zuerst wurde durch einen 3 cm langen Schnitt eine Blasen-Scheidenfistel hergestellt und umnäht, 2 Tage darauf die Entfernung der Geschwulst selbst vorgenommen, nachdem sie mit einer starken Zange gefasst und durch die Fistel hindurchgezogen war. Durch diese konnte gut ausgespült, und sie später geschlossen werden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

20) **Selhorst** (Leeuwarden). Über akute gelbe Leberatrophie in den ersten Tagen nach der Laparotomie.

(Med. Weekblad v. Noord en Zuid Nederland 1900. No. 18.)

Bei einer 59jährigen Pat. wird wegen intramuralen Fibromyoma uteri abdominale Totalexstirpation gemacht, der Bauch nach Vernähung der Bauchwunde wegen Blutung noch einmal geöffnet. In den ersten Tagen post operationem außer ziemlich vielem Brechen nichts Besonderes, Puls und Temperatur normal. Am 4. Tage Haut und Conjunctivae ikterisch verfärbt. Keine Schmerzen, Temperatur normal, Puls befriedigend. Diagnose: infektiöse Peritonitis am Magen lokalisirt. Therapie: Nährklystiere, subkutane Kochsalzinfusionen. Exitus am 7. Tage. Mit Jayle nimmt Verf. an, dass nach Laparotomien auch bei geringer Infektion von Seiten der Leber unangenehme Überraschungen auftreten können; man soll desshalb vor Operationen nicht nur auf Herz, Lungen und Nieren, sondern auch speciell auf die Leber Acht geben. **Semmelink** (Leiden).

21) **Menko** (Amsterdam). Die chirurgische Behandlung der Hautwassersucht.

(Med. Weekblad v. Noord en Zuid Nederland 1900. No. 28.)

Die chirurgische Behandlung der Hautwassersucht kann gute Erfolge haben, wenn diuretische und diaphoretische Mittel und auch die Katharsis erfolglos blieben. Die Furcht vor chirurgischer Behandlung liegt in der Gefahr der Infektion, welche Folge sein kann von Nachträufeln (Acidum uricum aus der Ödemflüssigkeit wird verändert in Carbonas ammoniae unter Zutritt der Luft), hat dadurch korrosive Eigenschaften, und die dadurch macerirte Haut ist sehr empfänglich für Infektion. Man sorge also für Reinlichkeit und genaues Abschließen der Wunden.

Verf. incidirt bei unruhigen Pat. oder bei solchen, welche nicht zu Bett liegen bleiben können, auch bei durch chronisches Ödem sklerosirter Haut. Sonst drainirt Verf., weil bei der Incision die Wunde sich entweder sehr spät oder zu früh schließt und die Pat. immer nass liegen, auch weil die Incisionen schmerzen und es schwer ist, bei Collaps und derartigen Komplikationen den Ablauf der Flüssigkeit zu bezwingen. Aseptische Behandlung derartiger Incisionen verlangt enorme Quantitäten Verbandmaterials.

Für Drainage bedient Verf. sich einer von ihm modificirten Curschmann-schen Kanüle mit trichterförmiger Erweiterung, in die die Kanüle des Drains passt. Verf. legt den Pat. zuerst einige Stunden lang horizontal, desinficirt sich und die zu drainirende Extremität (Wasser, Seife, Rasiren, Äther, Sublimat). Verf. drainirt nur eine Extremität zu gleicher Zeit, bedient sich auch nur selten der Hebelwirkung, lässt die Kanüle nicht länger als 12 Stunden in situ (Druckgangrän!), macht lieber eine zweite Punktion. Selten Lokalanästhesie. Über die Extremität ein Drahtkorb. Verf. schließt die Wunde durch Druck mittels Metallfeder, hat mit dieser Methode gute Erfahrungen gemacht. Eine Krankengeschichte und Abbildung des Apparates werden beigegeben. **Semmelink** (Leiden).

22) **A. Zimmern.** Behandlung der Fibrome mittels der Elektricität.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 4.)

Es handelt sich um die Fortsetzung der bereits in No. 1, 2 u. 3 dieser Zeitschrift begonnenen Studien über dasselbe Thema. Z. kommt auf physiologische

und pathologisch-anatomische Fragen zu sprechen; zum Schlusse wird versucht, die schwebende Frage synthetisch zu beleuchten.

I. Physiologische Studien:

A. Chemische Phänomene: Elektrolyse.

Es handelt sich um 2 Gruppen von Phänomenen:

1) Diejenigen, die sich in den Geweben abspielen.

2) Diejenigen, die sich ganz besonders im Blute manifestiren.

a. Die Gewebe werden dadurch zerstört, dass die Säuren und der Sauerstoff sich am positiven Pole ansammeln, während die Basen und der Wasserstoff sich am negativen Pole anlegen; poläre Aktion.

b. Die Entwicklung von Säuren am positiven Pole bringt das Albumin zur Koagulation; dieser letztere wirkt also hämostatisch. (Solider Schorf.) Der negative Pol dagegen koagulirt das Eiweiß nicht, er zerstört die Gewebe und begünstigt Blutungen.

B. Vasomotorische Phänomene. Vaso-Dilatation.

C. Kontraktions-Phänomene.

D. Interpolare Phänomene.

1) Kataphorese.

2) Eigentliche intrapolare Phänomene: 1) Chemischer Natur. 2) Trophischer Natur.

II. Pathologisch-anatomische Studien: Die ersten hierher gehörenden Untersuchungen stammen von Shaw (1889) und von Klein (1890), dann folgen Prochownick und Späth (1891): Bildung eines Narbengewebes an Stelle des Endometrium; es werden weiter angeführt die Untersuchungen von Fredericq, de Gand (die Uterusschleimhaut wird nicht total zerstört, sondern im Gegentheil zum größeren Theile erhalten), von Uter (Centralblatt für Gynäkologie 1899), von La Torre, so wie die Untersuchungen von Z. selbst, die er mit Latteux (Hospital Broca) unternommen.

III. Versuch einer Synthese. Es werden die verschiedensten vorgebrachten Hypothesen besprochen und kritisch beleuchtet. (Eine Abbildung ist beigegeben.)

IV. Anderweitige Verfahren: Methode von Chéron etc.

Beuttner (Genf).

23) T. Tuffier (Paris). Die medulläre Anästhesie in der Gynäkologie.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1901. No. 4.)

T. macht seit dem 3. November 1899 Cocaininjektionen in den Subarachnoidalraum (Frank und Hallion, Bier, Seldowitsch).

Die zu verfolgende Technik wird an 2 Abbildungen erläutert: Platinnadel von 8 cm Länge. Cocainlösung 2:100. Lumbalgegend wird aseptisch gemacht. Die Injektion wird gewöhnlich zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel ausgeführt; es werden gewöhnlich $1^1/_2$ ccm injicirt, also 0,015 g.

Man beobachtet Kopfschmerzen, manchmal Erbrechen und selten Erhöhung der Temperatur; Pulsbeschleunigung, Erstickungsgefühl; Gefühl von Schwere im Epigastrium, Blutandrang; Lähmung des Anus.

1) Die Methode ist leicht auszuführen.

2) Sie kommt in der Gynäkologie in Anwendung (Kolporraphie, Perineorraphie, Kolpotomie; schwere abdominale Operationen; auch für geburtshilfliche Eingriffe).

3) Gefahren bestehen keine.

10 Krankengeschichten werden mitgetheilt, so wie 20 weitere Fälle kurz angedeutet.

Beuttner (Genf).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. Sonnabend, den 13. April. 1901.

Inhalt.

I.

Über die Heilerfolge bei Krebs der Gebärmutter.

Von

J. Pfannenstiel.

Nach einem in der medicinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur gehaltenen Vortrage.

Das für den diesjährigen Gynäkologenkongress zum Referat bestimmte Thema über die Heilerfolge beim Uteruskrebs gab mir willkommenen Anlass, eine ältere Arbeit von mir aus der Breslauer Frauenklinik wieder aufzunehmen. Wie bekannt, hatte Tannen aus gleicher Klinik einige Jahre zuvor das Material betreffend den Uteruskrebs veröffentlicht, in dieser Publikation jedoch einige Anschauungen entwickelt, welche sich nicht in allen Punkten mit der an unserer Klinik sonst vertretenen Ansicht deckten. Es erschien mir desshalb angezeigt, die begonnene Arbeit fortzuführen, so lange es mir eben möglich war. Das war bis zum Jahre 1891. Später verlor ich durch mein Ausscheiden aus der Klinik die Fühlung mit unseren früheren Pat. Nunmehr sei es mir gestattet, über diese insgesammt 120 im Gesunden ausgeführten Operationen zu berichten. Herr Geh.-Rath Fritsch gab mir freundlichst Erlaubnis dazu.

Außerdem benutzte ich die Gelegenheit, mein eigenes Material, bestehend in 105 Exstirpationen wegen Uteruskrebs, kritisch zu verarbeiten, um auf diese Weise auch persönlich einen Beitrag zu dieser Frage zu liefern. Die ausführliche Publikation mit den ziffermäßigen Belegen wird Herr Dr. Krömer, zur Zeit Assistenzarzt an der meiner Leitung unterstehenden gynäkologischen Abtheilung des Krankenhauses der Elisabethinerinnen, an anderer Stelle geben. In den folgenden Zeilen sollen nur die wichtigeren Ergebnisse Erwähnung finden. Da ich auch die neueren abdominalen Methoden der Exstirpation (in 10 Fällen) geübt habe, werde ich mir erlauben, auch über diese Seite des Themas meine Erfahrungen mitzutheilen, um daran einige Betrachtungen über die voraussichtlichen Heilerfolge der nächsten Zukunft anzuknüpfen.

I. Die hohe Amputation des Collum uteri.

Diese Operation wird heute wohl nur noch selten geübt. Fritsch hat sie 4mal ausgeführt, ich 2mal, beide ohne (primären) Todesfall. Nicht in Betracht gezogen sind diejenigen Fälle, bei denen die hohe Amputation als Palliativoperation ausgeführt wurde, wenn die begonnene Totalexstirpation sich als zwecklos erwies, weil es doch nicht gelang, im Gesunden zu arbeiten. Die Berechtigung der partiellen Operation, welche nur bei beginnendem Portiocarcinom, nicht dagegen bei dem zum Aufwärtskriechen neigenden Cervixkrebs vorgenommen werden soll, ist klinisch erwiesen durch die Arbeiten von Hofmeier, Winter und anderen Schülern Schröder's, welche zeigten, dass 27,6% aller Fälle nach 5 Jahren recidivfrei blieben (citirt nach Frommel [Veit's Handbuch]) und dass die Recidive nur 2mal am Amputationsstumpfe vorkamen, während sie im Übrigen im Parametrium gefunden wurden. Sie ist aber auch anatomisch erwiesen worden, namentlich durch die neuerdings erschienenen Arbeiten von v. Franqué und Puppel, welche zeigten, dass sich bei beginnenden Portiocarcinomen keine Herde in höheren Partien der Cervix oder im Uteruskörper fanden. Andererseits aber konnten diese Autoren auch die von Seelig gemachte Beobachtung bestätigen, dass bei weiter vorgeschrittenen Portiocarcinomen auf dem Wege der Lymphbahnen feinste Ausläufer bis in das Corpus hinein gelangen können. v. Franqué versteht unter beginnendem Portiokrebs: die Neubildung muss noch auf eine Lippe beschränkt sein, sie darf weder auf den Cervixkanal, noch auf das Scheidengewölbe ausgebreitet sein, sie darf ferner bei polypöser Form Taubeneigröße nicht überschreiten.

Damit ist also die Indikationsbreite für diese Operation eine sehr geringe. Aber auch dies ist von den meisten deutschen Autoren nicht einmal anerkannt. Da ich selbst vor 8 Jahren zu dieser Frage Stellung genommen habe, so erlaube ich mir, darauf etwas näher einzugehen.

Gegen die Theiloperation spricht Verschiedenes:

1) könnte doch einmal — ausnahmsweise — ein kleiner Krebsknoten im Corpus sitzen. Bei aller Anerkennung der sorgfältigen und mühevollen Arbeiten von v. Franqué und Puppel scheint es mir doch, dass das in dieser Beziehung beigebrachte anatomische Material noch nicht ausreicht. Hierher gehört auch die freilich sehr selten gemachte Beobachtung von sog. »doppelten Carcinomen am Uterus«. Die Mehrzahl dieser Fälle betraf allerdings Cervixcarcinome, welche für die Frage der hohen Amputation nicht in Betracht kommen. In einer kleinen Minderzahl dagegen handelte es sich auch um Portiokrebse. Für diese Fälle nimmt man an, dass das Primäre im Corpus zu suchen ist und dass die Portioaffektion eine durch Implantation von ausgeflossenen Carcinomtheilchen entstandene sog. Impfmetastase darstellt. Veit meinte auf dem Breslauer Gynäkologenkongresse, dass man lernen müsse, diese Fälle zu erkennen, da sie anders aussehen als die Blumenkohlkrebse, welche doch stets Primärerkrankungen der Portio sind. Dem gegenüber möchte ich auf die von mir gemachte Beobachtung von Implantation eines kleinen Stückchens — allerdings gesunden — Portioepithels in die Corpusschleimhaut hinweisen, welche nicht anders entstanden sein kann, als durch Transport mittels der einige Tage zuvor eingeführten Sonde. Was bei normalem Epithel möglich ist, halte ich auch bei Carcinomtheilchen für möglich, und stehe ich in dieser Beziehung nach wie vor auf dem Standpunkte, dass es eine artificielle Impfmetastase giebt. Da bekannterweise auch heute noch Ärzte vielfach ganz unnöthigerweise den Uterus sondiren, so würde ich mich bei vorher von anderer Seite behandelten Fällen von Portiocarcinom nicht darauf verlassen, dass das Uteruscavum frei sein muss. Dennoch wäre für mich gerade dieser Punkt der am wenigsten maßgebende, schon seiner Seltenheit wegen. Wichtiger erscheint mir, dass

2) die Entfernung der ganzen Gebärmutter gerade in denjenigen Fällen, die sich für die partielle Operation eignen sollen, ein fast ganz ungefährlicher Eingriff ist, welcher kaum eine höhere Mortalitätsziffer haben dürfte, als die Theiloperation. Da, meine ich, sollte es unsere Pflicht sein, eher des Guten zu viel zu thun, als zu wenig. Dazu kommt noch:

3) dass bei fast allen Carcinomen im unteren Bereiche des Uterus die Corpusschleimhaut entzündlich erkrankt ist, im Zustande der sog. »chronischen Endometritis«, was offenbar mit der Ätiologie des Carcinoms in einem ursächlichen Zusammenhange steht. Die Frauen sind demnach nach der partiellen Operation nicht frei von Beschwerden. Ich besinne mich eines Falles aus dem Jahre 1887, wo nach einer hohen Amputation der Cervix, von anderer Seite ausgeführt, so hartnäckige Hämorrhagien auftraten, dass wir an Recidiv im Uteruskörper dachten. Die aus dem Stumpfe ausgeschabte Schleimhaut zeigte jedoch nur starke endometritische Wucherung. Über das weitere Schicksal der Pat. vermag ich nichts Näheres anzugeben.

4) Sollte meines Erachtens bei einer so ernsten Krankheit, wie es das Carcinom ist, die Erhaltung der Konceptionsfähigkeit überhaupt keine Beachtung finden, zumal in früherer Zeit nach der hohen Amputation Unterbrechung der Schwangerschaft, so wie schwere Geburtsstörungen, selbst mit tödlichem Ausgange (v. Herff) beobachtet worden sind. Der Werth des Uterusstumpfes ist demnach nicht hoch zu veranschlagen. Viel höher werthe ich die Funktion der Ovarien bei Frauen vor dem Klimakterium. Da Metastasen im Eierstocke bei Collumcarcinomen abgesehen von weit vorgeschrittenen Stadien meines Wissens nicht beobachtet sind, und andererseits die Gegenwart der Ovarien für das Wohlbefinden der Frauen von der größten Bedeutung ist, so lasse ich dieselben beim Collumcarcinom, so weit sie nicht selbst krank sind, principiell zurück, während ich sie beim Corpuskrebs, der ja eine ganz andere Lymphbahn besitzt, entferne. Den Uteruskörper dagegen zu schonen, finde ich keine Veranlassung.

Trotzdem, meine ich, wird die partielle Exstirpation auch bei den Gegnern derselben nie ganz von der Bildfläche verschwinden, nämlich als Ausnahme- oder Nothoperation. Ich sehe hier ganz von jenen Fällen ab, die sich während der Operation als undurchführbar erweisen wegen zu weit vorgeschrittener Neubildung, ich denke vielmehr an schwere Kontraindikationen gegen einen irgendwie größeren bezw. länger dauernden operativen Eingriff, wie z. B. hohes Alter, ernste komplicirende Allgemeinerkrankungen oder Fälle, wo frische Exsudate (Thorn) oder feste parametritische Verwachsungen die vaginale Totalexstirpation zu einer lebensgefährlichen Operation stempeln oder, wie in letzterem Falle, unmöglich machen. In dem einen meiner beiden oben erwähnten Fälle von hoher Cervixamputation war bei einer 50jährigen Frau ein cervikaler Polyp von mir entfernt worden, bei dem die mikroskopische Untersuchung beginnendes Carcinom feststellte. Hier erwies sich bei der nachfolgenden Operation der Uteruskörper als derartig fest in alte Adhäsionen eingebettet, dass seine vaginale Entfernung undurchführbar wurde. Die Laparotomie erschien mir Angesichts der sehr beginnenden Erkrankung in dem Schleimpolypen nicht gerechtfertigt. Ich begnügte mich mit der hohen Amputation des Collum, und wie es scheint mit Recht, denn das excidirte Uterusstück enthielt kein Carcinom. Über den Dauererfolg kann ich wegen Kürze der Zeit noch nichts berichten. Der andere Fall betraf eine 70jährige Frau mit Atheromatose der Herzarterien und beginnendem senilem Marasmus. Hier trug ich ohne Narkose die allein erkrankte vordere Muttermundslippe ab mit gutem Erfolge. Die Frau hat noch $1^1/_2$ Jahr gelebt, ohne dass ein Recidiv bei ihr gefunden wurde. Von den 4 Fällen aus dem Fritsch'schen Material, bei denen ähnliche Erwägungen die Indikation zu dem partiellen Eingriffe abgaben, ließ sich über das Schicksal zweier Frauen nichts eruiren, 1 Frau starb nach 1 Jahr 1 Monat am Recidiv, 1 Frau wurde bei der letzten Untersuchung (nach 4 Jahren 7 Monaten) von mir recidivfrei befunden.

II. Die vaginale Totalexstirpation des Uterus.

Von den 116 hierher gehörigen Operationen, welche Fritsch von 1883 bis 1890 ausführte, sind 10 an den Folgen des Eingriffes nach kürzerer oder längerer Zeit gestorben = 8,62%. Unter den 116 Fällen ist ein Corpuscarcinom, bei welchem die vaginale Auslösung des Uterus sich technisch nicht durchführen ließ, weil der stark vergrößerte Uteruskörper unzerstückelt nicht in die Scheide umzustülpen war. In diesem Falle wurde die Operation per laparotomiam vollendet. Trotzdem habe ich denselben hier aufgeführt, da er eben nur eine modificirte vaginale Operation darstellt. Derselbe ist übrigens genesen und dauernd, d. h. 7 Jahre, recidivfrei geblieben. Die relativ hohe Mortalität von 8,62% entspricht durchaus den Angaben derjenigen Autoren, welche gleichfalls ihr Material bis in den Anfang der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts zurückverfolgen können (Martin 14,6%, Schauta 10,3%, Landau 8% etc.). Von den 10 Todesfällen vertheilen sich 9 auf die Zeit 1883—1887, von 1888—1890 an wurden 42 vaginale Totalexstirpationen mit nur 1 Todesfalle ausgeführt, was einem Procentsatze von nur 2,37 entsprechen würde. Todesursachen waren in 4 Fällen Infektion (2mal Peritonitis, 1 Ileus paralyticus, 1 Pyämie), 1mal Collaps, 1mal Entkräftung, 1mal Lungenödem, 1mal Embolie, 1mal Ureterverletzung, 1mal unbekannt. Die Recidive traten am häufigsten auf im 1. Jahre, sie führten am häufigsten zum Tode im 2. Jahre nach der Operation, von da ab werden die Recidive seltener, nach dem 5. Jahre wurde das Auftreten von Recidiven nicht mehr beobachtet, doch starben im 6. Jahre noch Einzelne an den bereits vorher festgestellten Recidiven. Dies entspricht der Angabe der anderen Autoren, besonders Winter (Dissertation von Fränkel-Berlin).

Auftreten der Recidive nach Fränkel-Winter:

im	1.	Jahre	115 von 148 Recidiven
»	2.	»	13
»	3.	»	13
»	4.	»	5
»	5.	»	2

Breslau 1883—1890: es starben an Recidiven

im	1.	Jahre	16,28	} 61,5
»	2.	»	44,23	
»	3.	»	23,07	
»	4.	»	9,6	
»	5.	»	3,8	
»	6.	»	1,9	

Es wird dadurch also wieder die Richtigkeit des Satzes bestätigt, das Definitivresultat mit 5 Jahren anzunehmen. Übrigens hat sich der Heilerfolg in der Zeit von 3 zu 5 Jahren nicht wesentlich geändert und ist sogar später, procentualisch berechnet, scheinbar noch besser geworden, was natürlich lediglich darauf zurückzuführen ist, dass die Zahlen immer kleiner werden, je länger der Zeitraum nach

der Operation dauert, und auf diese Weise zu größeren Schwankungen der Procentberechnung Veranlassung geben. Es waren recidivfrei (Breslau für 1883—1890):

nach 3	Jahren	36,4%,	nämlich von	77 : 28
» 4	»	35,0 »	» »	60 : 21
» 5	»	36,2 »	» »	47 : 17
» 6	»	38,4 »	» »	39 : 15
» 7	»	45,0 »	» »	20 : 8
» 8	»	40,0 »	» »	7 : 2

Bei der Berechnung wurde folgendermaßen verfahren: Von der Gesammtzahl wurden abgezogen die an der Operation Verstorbenen, so wie Alle, über deren Schicksal nichts festzustellen war. Dagegen wurden die als verstorben (laut Nachricht) bezeichneten Frauen zum Recidiv gerechnet, so weit sie nicht ausdrücklich als »an interkurrenten Krankheiten verstorben« bezeichnet waren. Letztere (insgesammt 2) sind gleichfalls außer Rechnung geblieben. Zum Vergleiche mit den Ziffern anderer Autoren muss demnach die Zahl 36,2% dienen (recidivfrei nach 5 Jahren).

Mit Rücksicht darauf, dass Tannen seiner Zeit die meiner Meinung nach irrthümliche Ansicht ausgesprochen hatte, dass Krebs immer nur auf Zeit heilbar ist, seien diejenigen Fälle erwähnt, bei denen die Heilung längere Zeit sicher festgestellt worden ist.

Es blieben gesund über	6 Jahre	14	Frauen
»	7 »	8	»
»	8 »	3	»
»	11 »	1	»
»	13 »	1	»

Zur Feststellung des Definitivresultates der Heilung nach Winter sei hinzugefügt, dass in Breslau von 1883—1890 etwa jeder 5. Fall von Carcinom als operabel betrachtet wurde (19,5%). Bei 36,2% Dauerheilung würde das ein endgültiges Heilresultat von nicht ganz 7% ergeben, also eine ähnliche Zahl wie — nach der Winter'schen Berechnung — bei Thorn (7%), Kaltenbach (8%), Leopold (10,2%) und Winter (9,6%). Ich bin mit Winter der Meinung, dass sich in letzter Zeit die Erfolge in so fern gebessert haben, als die Zahl der operativen Fälle im Laufe der Jahre größer geworden ist in Folge frühzeitiger Diagnose. Dies scheint auch für Breslau zuzutreffen. Nach Fritsch (mit 19,5% Operabilität) hatte Küstner bis 1897 eine solche von 22,8%, ich selbst hatte von 1894 bis 1897 28,6%, in letzter Zeit noch viel mehr, indem ich die Indikation zur radikalen Operation immer weiter ausdehnte. Meine Durchschnittsoperabilität für alle Fälle beträgt 35,4%, zeitweise habe ich auch schon sehr weit vorgeschrittene Fälle noch in den Bereich der radikalen Operationen einbezogen, so im Jahre 1900 53,6%. Doch kann ich schon jetzt sagen, dass ich davon wieder zurückgekommen bin, wie ich später aus einander setzen werde. Was nun meine eigenen Fälle von vaginaler Totalexstirpation anlangt, so habe ich insgesammt

93 Operationen mit 3 Todesfällen = 3,2% Mortalität aus der Zeit von 1887 an. Diese Zahl dürfte wohl den aus der neueren Zeit publicirten Resultaten entsprechen. Winter's Schätzung, dass heut zu Tage die Sterblichkeit in Folge vaginaler Totalexstirpation wegen Krebs 5% beträgt, möchte ich für zutreffend halten. Über meine Dauerheilungen kann ich bisher nur wenig berichten. Von den 14 Fällen, die ich als Assistent der Frauenklinik (bis 1893) operirte, kenne ich das Resultat von nur einzelnen, so dass ich diese Serie außer Betracht ziehen musste. Die Zeit von 1898 an muss gleichfalls außer Rechnung bleiben, als nicht verwerthbar für die Frage der Dauerheilung. So bleibt mir nur die Zeit von 1894—1897. Nach Abzug der primär Gestorbenen (1) und der »Verschollenen« (2) sind es 17 Frauen, über deren Schicksal ich orientirt bin. Von diesen sind 10 über 3 Jahre gesund geblieben — 58,8%. Diese relativ hohe Zahl (Winter hatte bei gleicher Operabilitätsziffer [nämlich 28,7% gegenüber meinen 28,6%] für Berlin 38,1% nach 3 Jahren Recidivfreie) erklärt sich zum großen Theil aus der Kleinheit der zur Beobachtung gelangten Zahl von Fällen, zum Theil mag sie auch darauf beruhen, dass ich mit großer Sorgfalt die Voroperation des Auskratzens und Ausglühens des Carcinomherdes auszuüben pflege, wodurch vielleicht die Operationsverimpfung, von deren Möglichkeit ich, wie gesagt, überzeugt bin, vermieden wurde, zum Theil liegt das günstige Ergebnis wohl auch daran, dass ich relativ viel (2 auf 17 Fälle) Corpuscarcinome dabei habe, welche ja bekanntlich eine recht gute Prognose geben. Beide Fälle sind bisher gesund geblieben.

Von Einzelheilungen meines Gesammtmateriales von 1887 an kann ich berichten: es blieben gesund über 6 Jahre 6 Frauen

»	7	»	5	»
»	8	»	4	»
»	9	»	2	»
»	13	»	1	»

Dass ich übrigens die oben erwähnte günstige Heilziffer nicht behalten werde, davon bin ich schon jetzt überzeugt.

Denn einmal ist die Beobachtungszeit von 3 Jahren noch zu kurz (die meisten Autoren hatten von 3 zu 5 Jahren eine Verschlechterung der Resultate um 5%), und ferner weiß ich bereits, dass meine Erfolge in den letzten Jahren, wo ich mehr vorgeschrittene Fälle noch radikal operirte, schlechtere geworden sind.

Zu der Frage, welche Carcinome die günstigste Prognose darbieten, kann ich Folgendes beisteuern:

Wie alle Autoren, finde auch ich nach dem Materiale von Fritsch und mir, dass die Corpuscarcinome die beste Prognose geben. Die allerdings wenigen Fälle letzterer Art sind, so weit die Beobachtung reicht, sämmtlich (!) gesund geblieben, während die Collumcarcinome aus Fritsch's Material nur 34,3% Heilung aufzuweisen haben (nach 5 Jahren). Ähnlich bei mir nach 3jähriger Beobachtung: Recidivfreiheit für Collumkrebs 53,3%, für Corpuskrebs 100%.

Von den Collumcarcinomen geben die bessere Prognose diejenigen der Cervix gegenüber denen der Portio.

Nach dem Material von Fritsch zeigten sich:

Rückfälle bei Portiocarcinomen in 61,4%
» » Cervixcarcinomen nur in 33,3%.

Dies stimmt überein mit dem, was Krukenberg und Winter berichteten (s. Verhandlungen des Breslauer Gynäkologenkongresses). Dagegen ging aus dem Vergleiche der operablen mit den inoperablen Fällen hervor, dass das Cervixcarcinom erheblich rascher inoperabel wird, so dass also in Summa wohl nicht mehr Frauen mit Cervixcarcinomen gerettet wurden, als solche mit Portiocarcinomen.

Die Operationsmethode war im Wesentlichen die allgemein übliche. Auf die Voroperation lege ich eben so wie Winter einen sehr großen Werth. Wo der Zugang zum Operationsfelde ein ungenügender war, habe ich mir, wie ich dies von Fritsch gelernt habe, durch einen entsprechenden Längsschnitt durch Scheide und Damm geholfen.

Schuchardt hat sich ja gewiss ein Verdienst dadurch erworben, dass er den Chirurgen, welche an ein Operiren in der Tiefe der Vagina nicht geübt sind, den paravaginalen Hilfsschnitt in großer Ausdehnung allgemein empfahl. Ich glaube aber, dass die meisten Gynäkologen denselben schon vorher in mehr oder weniger großer Ausdehnung angewandt haben (Dührssen). Es ist richtig, dass man dadurch eine viel größere Übersicht über das Operationsfeld gewinnt. Die Vagina wird aus einem röhrenförmigen Kanal zu einem flachen Trichter umgewandelt. Ich habe mich auch davon überzeugt, dass Fälle, welche ohne diesen Schnitt als nicht mehr operabel zu bezeichnen waren, mittels des Hilfsschnittes technisch noch erledigt werden konnten. Doch hatte ich nicht den Eindruck, dass die Dauerresultate dadurch verbessert werden. Es bleibt abzuwarten, ob dies doch der Fall sein sollte. Wenn Schuchardt selbst berichtet, dass ein solcher »Grenzfall«, der sonst als verloren zu geben, $2^1/_2$ Jahre hindurch recidivfrei geblieben ist, so ist dies immerhin erfreulich, doch haben wir wohl Alle schon derartige Fälle erlebt, wo das Resultat bei ergriffenem Parametrium ein wider alles Erwarten günstiges war.

Jedenfalls ist der paravaginale Hilfsschnitt eine unter Umständen wichtige und nothwendige Modifikation der vaginalen Totalexstirpation.

Das gilt besonders von den Fällen mit voluminösem Uteruskörper, sei es dass derselbe durch Corpuscarcinom, sei es durch ein komplicirendes event. bis zum Nabel reichendes Myom vergrößert ist. Bei Gravidität dagegen kommt man in der Regel ohne den Hilfsschnitt aus, da der Uterus, wenn vollständig entleert, weich und dehnbar ist. Unter meinen 93 vaginalen Uterusexstirpationen wegen Krebs befindet sich auch ein sog. vaginaler Kaiserschnitt, ausgeführt im

7. Monate der Schwangerschaft (s. Reckmann, Centralbl. f. Gynäkol. 1897, No. 47). Auch bei Komplikation mit entzündlichen Adnexerkrankungen so wie mit beweglichen cystischen Ovarialtumoren lässt sich fast stets die vaginale Radikaloperation ausführen ohne den Hilfsschnitt. Bei Engigkeit der Vagina dagegen ist eine ausgiebige Scheiden-Dammincision unerlässlich.

Eine weitere Bereicherung der Technik hat die vaginale Totalexstirpation durch die Anwendung der Klemmen erfahren. Ich verwende allerdings in der Regel Ligaturen und zwar sowohl Massen- als Einzelligaturen, durchweg mit Katgut. Zuweilen jedoch ließen dieselben sich nicht mit völliger Sicherheit anlegen, alsdann verwendete ich Klemmen, so bei starken Verwachsungen um Uterus und Adnexe, besonders wenn letztere selbst erheblich erkrankt waren, ferner bei seniler Schrumpfung der Ligamente, so wie zuweilen bei carcinomatöser Infiltration oder Verkürzung des Parametriums. Alsdann habe ich den Rath von Olshausen befolgt, zunächst die gesunde Seite zu ligiren und abzutragen und erst nach theilweiser Herauswälzung des Uterus eine Klemme weit nach außen event. bis an die Beckenwand anzulegen, um diesseits davon das Parametrium und Ligamentum latum zu durchtrennen. Auch dadurch lässt sich gelegentlich die Indikation auf Grenzfälle ausdehnen und die Dauerprognose wenigstens in etwas verbessern.

Ferner habe ich zuweilen Klemmen statt Ligaturen verwendet, lediglich um bei geschwächten Kranken Zeit zu sparen. Schaden habe ich von den Klemmen nie gesehen, insbesondere keine Nebenverletzung.

Eben so wie Fritsch (in letzter Zeit) habe auch ich auf vollkommenen Peritonealverschluss nach vollendeter Operation Werth gelegt, wobei die Stümpfe seitlich eingenäht wurden. Von allen diesen Fällen ist keiner gestorben. Nur bei sehr schwierigen Operationen, zumal wenn eine Verunreinigung des Peritoneums durch Carcinom wahrscheinlich war, machte ich von der Jodoformgazetamponade Gebrauch. Unter diesen Fällen befinden sich meine 3 Todesfälle. Die eine Frau ist trotz der Tamponade an Peritonitis gestorben. Eine andere bekam Ileus nach Herausnahme des Tampons, welcher mich zur Laparotomie nöthigte, die ich leider zu spät ausführte. — Zwar gelang es, die im Scheidentrichter eingeklemmte und dort verwachsene Schlinge zu lösen, den gesammten enorm kopiösen Darminhalt vermittels streichender Bewegungen durch den After zu entleeren. Doch starb die Pat. einige Stunden darauf im Collaps. Außerdem habe ich eine Pat. an einer Jodoformintoxikation verloren. Seit dieser Zeit habe ich von der Jodoformgaze nur noch einen sehr bescheidenen Gebrauch gemacht, nämlich einmal sehr selten und dann durch Anwendung kleinerer nicht mehr hoch hinaufgeschobener Tampons bei theilweisem Peritonealverschlusse. Jedenfalls sprechen diese Erlebnisse außerordentlich gegen das Offenlassen des Bauchraumes.

Einige Male habe ich Verletzungen des Ureters und der Blase erlebt. Den Ureter habe ich in einem Falle von vorgeschrittenem Portiocarcinom (bei No. 92) doppelseitig unterbunden: nach weitem Abschieben der Blase mit den angrenzenden Enden der Ureteren legte ich die Ligaturen sehr weit nach außen um die Parametrien. Dabei muss die Ligatur beiderseits um den schlingenförmig umgeknickten Ureter gelegt worden sein. Als am nächsten Tage völlige Anurie bestand, löste ich vaginal sämmtliche Ligaturen. Die Frau ist genesen. In einem 2. gleichfalls genesenen Falle von sehr vorgeschrittenem Portiocarcinom gelang die Operation vollkommen befriedigend, jedoch trat am 6. Tage eine Ureternekrose ein. Die restirende Ureterfistel habe ich später durch vaginale Plastik nach Mackenrodt geschlossen.

Die Blase habe ich 2mal beim Abschieben zerrissen, die Wundränder abgeschnitten und sofort genäht. Beide Frauen sind glatt geheilt.

Dies sind meine Erfahrungen mit der vaginalen Totalexstirpation. Die Mackenrodt'sche Methode der Uterusexstirpation habe ich eben so wenig angewendet, wie den sacralen Schnitt.

III. Die abdominale Totalexstirpation des Uterus.

Hier müssen wir unterscheiden:

1) die eigentliche Freund'sche Operation, d. h. die Entfernung des Uterus ohne Parametrien und Drüsen;

2) die von J. Veit angeregte erweiterte Freund'sche Operation, d. h. die Mitentfernung der erkrankten Parametrien und etwaiger fühlbarer Drüsenknoten;

3) die abdominale Radikaloperation, d. h. die principielle Entfernung von Uterus mit Adnexen und oberstem Scheidendrittel event. auch der ganzen Vagina (Wertheim) zusammen mit den angrenzenden Parametrien, Douglas'schen Bändern und allen irgendwie erreichbaren Drüsen der Iliacal- und Sacralgegend, also die sog. Ausräumung des Beckens nach Ablösung des Bauchfelles, event. mit Resektion von Theilen der Blase und der Ureteren, wie sie von Ries, Rumpf, R. König, Werder, Ricard, Wertheim u. A. in neuerer Zeit empfohlen wurde. Da unter den Deutschen Wertheim anscheinend die größte Zahl dieser Operationsfälle aufzuweisen hat und sicherlich die ausführlichste und sorgfältigste Publikation über dies Thema erscheinen ließ, so ist es vielleicht erlaubt, die abdominale Radikaloperation im Gegensatze zu der Freund'schen kurzweg als die Wertheim'sche Operation zu bezeichnen.

Vorstehende Gliederung der abdominalen Uteruskrebsoperationen erscheint mir namentlich bezüglich der Frage der Dauerheilung von der größten Wichtigkeit. Die Veröffentlichungen der Neuzeit fassen vielfach die verschiedenen Arten der Operation zusammen und gestatten desshalb keinen klaren Überblick über die primären, wie über die sekundären Heilerfolge.

Für das Dauerresultat ist die ursprüngliche Freund'sche Operation von nicht größerem Werthe als die vaginale Totalexstirpation. Ich habe desshalb den einzigen hierher gehörigen Fall von Fritsch aus der Zeit 1883—1890 bei den vaginalen Operationen geführt, als es sich um die Feststellung der Dauererfolge handelte. Nur die Freund-Veit'sche und die Wertheim'sche Operation kommt für die Berechnung der Dauererfolge in Betracht. Ich selbst habe von 1899—1901 10mal die Laparotomie wegen Uteruskrebs ausgeführt, davon 9mal in dem Veit'schen Sinne und 1mal nach Wertheim. Es waren also durchweg Fälle, bei denen mir die vaginale Operation keinen Dauererfolg zu versprechen schien.

Unter den 9 erst erwähnten Operationen habe ich 2 Todesfälle zu beklagen (22%), beide an Peritonitis. In dem einen Falle gelang der Eingriff so leicht, dass ich mich verleiten ließ, den bis zur Hälfte der Vagina ausgelösten Uterus abdominal zu entfernen. Dies war ein Fehler, denn ich hatte, um die Operation nicht unnütz zu verlängern, auf die vorbereitende vaginale Ausglühung und Kauterisation des Carcinoms verzichten zu müssen geglaubt, und wahrscheinlich erfolgte die Infektion bei der Abtrennung der Vagina. Es erscheint mir desshalb der von mir sonst auch stets beherzigte Rath von J. Veit sehr wichtig, den von oben her ausgelösten Uterus nach Schluss der Bauchhöhle vaginal zu entfernen. In dem 2. Falle, der tödlich endete, passirte mir Folgendes: Bei der sehr mühsamen Abtrennung einer über haselnussgroßen carcinomatösen Drüse von der Vena iliaca externa platzte die Drüse und entleerte Eiter. Die Pat. ging am 13. Tage an einer mehr schleichenden Form der Peritonitis zu Grunde.

Und was die Dauererfolge anlangt, so lässt sich wegen der Kürze der Zeit bisher noch nichts Endgültiges sagen, doch sind dieselben vorläufig nicht sehr ermuthigend. Von den 7 Überlebenden sind bereits 2 recidiv geworden, die übrigen 5 sind ungewiss, die ältest Operirte ist bisher (16 Monate) gesund geblieben.

Die einzige abdominale Radikaloperation, welche ich gemacht habe, wurde genau nach den Wertheim'schen Angaben ausgeführt, d. h. ausgiebige Freilegung der Ureteren und des gesammten Gefäßgebietes bis zur Mitte der Scheide, Exstirpation sämmtlicher fühlbarer Drüsen bis zu den Theilungsstellen der Iliacae und rechts sogar über dieselbe hinaus. Die Operation gelang überraschend gut, so dass Pat. am 16. Tage aufstehen konnte. Jedoch stellte sich vom 15. Tage an Harnträufeln ein, dessen Ursache sich später in einer linksseitigen Ureterfistel finden ließ. Pat. wurde danach unter Fiebererscheinungen bettlägerig und ging am 33. Tage an Pyelonephritis zu Grunde. Bei der Sektion zeigte sich, dass das Bauchfell, welches bei der Operation abdominal geschlossen worden war, inmitten des Beckens einen guten diaphragmaartigen Abschluss nach unten zu bildete und dass der linke Ureter nahe der Einmündungsstelle in die Blase nekrotisch geworden war. Auch an dem rechten Ureter war

an gleicher Stelle eine starke Verdünnung zu bemerken. Im Übrigen die bereits erwähnte Pyelonephritis. Beckendrüsen waren nirgends zu finden.

Derartige trübe Erfahrungen mit Nebenverletzungen an Harnleiter und Blase sind leider auch von anderer Seite in erschreckend großer Häufigkeit gemacht worden, nicht immer mit tödlichem Ausgange, aber doch so, dass die Frauen sich oft nach der Operation kränker fühlten als vor derselben und sich neuerdings wieder dem Messer unterwerfen mussten.

Es fragt sich nun: wie sollen wir uns den neueren abdominalen Operationsmethoden gegenüber verhalten?

Zunächst fällt hier die im Gegensatze zu der vaginalen Exstirpation unverhältnismäßig hohe primäre Mortalität schwer ins Gewicht. Die minder radikale Operation giebt nach den Mittheilungen von Küstner, Freund sen. (1. Serie von Funke) u. A., so wie nach meiner eigenen Erfahrung eine Sterblichkeit von etwa 20%, die radikalere Operation dagegen nach den Angaben von Wertheim, König, Freund sen. (2. Serie von Funke) etc. eine durchschnittlich sogar erheblich höhere Mortalität, bei Wertheim 38,9%. Dazu kommt die große Zahl von Nebenverletzungen.

Dürfen wir Angesichts dessen den Einsatz wagen, nachdem wir zugestehen müssen, dass wir noch keine Sicherheit bezüglich der Dauererfolge haben? Ich meine: zunächst wenigstens nicht in größerem Umfange! Was wir zu erwarten haben, können wir mit Wahrscheinlichkeit voraussagen. In erster Linie ist es hier die Drüsenfrage, die uns beschäftigen muss. Die vaginale Operation hat uns darüber belehrt, dass die Recidive in etwa $^3/_4$ der Fälle (73,6% Fränkel-Winter) lokal und nicht in den Drüsen sitzen. Gerade wie bei den Mammacarcinomen! Nach der von Gaebele veröffentlichten Statistik Angerer's (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie) waren von 119 Recidiven 87 lokal = 68%.

Erst in zweiter Linie kommen Drüsenrecidive und Metastasen. Fast alle Autoren heben die große Inkonstanz der Drüsenbefunde hervor (Clark, Funke, Wertheim). Vielfach sind bei vorgeschrittenen Fällen keine krebsigen Drüsen zu finden oder sie sind zwar geschwollen, aber nur entzündlich, nicht carcinomatös. So untersuchte König 5mal die bei der Operation entfernten Drüsen und fand sie frei von Carcinom, eben so Wertheim und Bröse. Ich selbst habe das gleiche Resultat in meinem Falle. Obwohl die Drüsen bis zu Bohnengröße angeschwollen waren, konnte ich bisher trotz Serienschnitte kein Carcinom feststellen. Andererseits findet man natürlich bei vorgeschrittenen Fällen carcinomatöse Drüsen. Zuweilen sollen auch in Fällen, die noch nicht ins Parametrium vorgeschritten sind, nach Wertheim Drüsencarcinome vorhanden sein, zuweilen jedoch erst nach Spaltung des Peritoneums fühlbar. In der Regel aber erkranken die Drüsen erst, nachdem die Parametrien bereits ergriffen sind, dies ist die übereinstimmende Ansicht von Williams,

Cullen und Winter. Nach Wertheim waren bei mittelweit vorgeschrittenen Fällen von Collumcarcinom nur in 22% die Drüsen krebsig erkrankt, bei hochgradig vorgeschrittenen Fällen häufig carcinomfrei. Damit sind die von Peiser angezweifelten Beobachtungen Winter's durch die neueren Arbeiten vollkommen bestätigt. Winter fand in 44 Fällen, die bei freiem Parametrium operirt worden waren und am Recidiv starben, bei der Sektion nur 2mal Drüsencarcinom. Bei der Autopsie von 78 unoperirt gestorbenen, also durchweg weit vorgeschrittenen Fällen fand Williams 56mal Drüsencarcinom, Wertheim nur in 50%, und Blau und Dybowski sogar nur in $33^1/_3$%.

Wir können demnach als zu recht bestehend den Ausspruch von Winter anerkennen, dass die Drüsen in der Regel erst bei infiltrirtem Parametrium erkranken und zwar in $^1/_3$—$^1/_2$ der Fälle. Angesichts dieser Thatsachen liegt also der Schwerpunkt der radikalen Operation nicht sowohl in der Drüsenentfernung, als in der Ausräumung der Parametrien, bez. der dazu gehörigen um die Cervix herum gelagerten Bindegewebspartien.

Es haben desshalb auch einige Operateure, welche die abdominale Totalexstirpation vornehmen, die Drüsensuche ganz aufgegeben (Kelly), während andere die Exstirpation auf vergrößerte Drüsen beschränken, und selbst Wertheim lässt unvergrößerte und nicht verhärtete Drüsen zurück. Doch ist zu bemerken, dass, wenn man die Drüsen gut fühlen will, das Peritoneum gespalten werden muss, was ich Wertheim aus eigener Erfahrung bestätigen kann, und damit ist der Eingriff ein eben so schwerer, als wenn man die Drüsen sämmtlich entfernt. Aber selbst wenn man auf die principielle Drüsenentfernung verzichtet und sich auf die Ausräumung der Parametrien beschränkt, ist es sehr fraglich, ob wir durch die Laparotomie wesentlich mehr leisten als früher.

Allzu rosig sieht mir die Zukunft nicht aus, denn wenn wir unsere Dauerresultate vergleichen mit dem, was die Chirurgen z. B. bei der Mammaexstirpation erreichen, so könnten wir zunächst wohl zufrieden sein. Unser Dauerresultat beträgt etwa 33%, und unser Definitivresultat nach Winter ist mindestens 10%. Und was leisten die Chirurgen durch radikales Ausschneiden der Mamma mit Pectoralis und Ausräumung der Achselhöhle in der Kontinuität? In dem Handbuche für praktische Chirurgie Bd. XXI schreibt Rotter Folgendes: Hochenegg berechnet 21 Dauerheilungen nach 3 Jahren auf 121 Operationen = 14%. Und Angerer hat gleichfalls nach 3jähriger Beobachtungszeit 16,9% Heilung bei einer Operabilitätsziffer von 73% aller Mammacarcinome, das giebt ein Definitivresultat von 12%, also etwa das gleiche wie bei der vaginalen Totalexstirpation. Und dies bei einer so gründlichen Ausräumung, wie wir sie beim Uteruskrebs niemals — auch bei dem radikalsten Vorgehen — vornehmen können, wegen der Nachbarschaft von Blase, Ureteren und Mastdarm.

Es ist desshalb rathsam, dass wir unsere Versuche mit der abdominalen Operation wesentlich einschränken. Und dies ist auch bereits geschehen. Fast sämmtliche Operateure sagen, dass man die weit vorgeschrittenen Fälle auch abdominal nicht operiren solle, sondern vorzugsweise die leichten gut operablen.

Nun fällt aber gerade für diese letzteren die primäre Sterblichkeit ganz besonders schwer ins Gewicht. Denn wenn man auch sagen kann, dass bei diesen die Mortalität geringer als 20% werden wird, so ist doch zu bedenken, dass gerade diese bei vaginaler Operation eine sehr günstige Primärprognose geben. 5% Sterblichkeit stellt den Durchschnitt dar für Alles, was vaginal operirt wurde, die gut operablen Fälle dürften entschieden besser gestellt sein. Und dann geben dieselben für die Dauer eine keineswegs ungünstige Prognose. Nach Waldstein (Schauta), welcher eine Gesammtheilung von 23,3% aufzuweisen hat, wurden von lokalisirten Carcinomen dauernd geheilt 36,7%, von den unreinen nur 7%. Ähnlich berechnet Fränkel (Olshausen) das Dauerresultat der unreinen Fälle nach vaginaler Operation nur auf 17%, wodurch sein Gesammtresultat von 33% sich verbessern würde für die lokalisirten Fälle auf nahezu 50%.

Viel eher scheint mir die Laparotomie gerechtfertigt zu sein gerade bei den Grenzfällen, bei denen die vaginale Totalexstirpation, in gewöhnlicher Weise ausgeführt, nicht ausreicht. Hier wird die Zukunft erweisen, ob die Laparotomie bessere Erfolge liefert als die erweiterte vaginale Operation, d. h. durch Freilegung des Operationsgebietes mittels großer Scheiden-Dammincisionen nach Schuchardt, Mackenrodt etc., unter Zuhilfenahme der Klemmen statt der Ligaturen. Ich selbst habe mir vorgenommen, bis auf Weiteres auch Grenzfälle wieder ausschließlich vaginal zu operiren, lediglich mit Ausnahme jener sehr seltenen Fälle, wo eben die vaginale Entfernung des Uteruskörpers aus Gründen, die nicht im Carcinom liegen, technisch undurchführbar ist, so bei Komplikation mit allzu großen Myomen und soliden Ovarialtumoren, bei allzufesten Verwachsungen des Uteruskörpers und seiner Adnexe, bei allzu sehr strikturirter Vagina u. dgl. mehr. Wenn aus dieser Indikation die Eröffnung des Abdomens erforderlich ist, dann allerdings sollte man den Vortheil, den die Laparotomie durch ihre zweifellos größere Übersichtlichkeit darbietet, ausnützen und die radikale Ausräumung der Parametrien und erkrankten Drüsen vornehmen.

Bei diesen Gesichtspunkten leitet mich die Erwägung, dass es unsere ärztliche Aufgabe ist, nicht nur möglichst viel Leben zu retten, sondern auch mit der Operation die Gesundheit zu erhalten. Wenn wir bedenken, wie oft nach überstandener schwerer Operation die Gesundheit durch Urinfisteln geschädigt ist mit ihren Folgen und wie viele Kranke sich überhaupt nach so großen Eingriffen nicht wieder zu erholen vermögen, scheint mir der Gewinn nicht allzu groß, selbst wenn wir einige Leben mehr retten sollten, als bei der vaginalen Methode. Und wollten wir eine Stati-

stik darüber aufstellen, bei welchem operativen Verfahren die größte Anzahl von Lebenstagen, welche ein Carcinomkranker durch die Operation gewinnt, zu verzeichnen ist, so ist es mir sehr fraglich, ob nicht bei dem maßvollen Operiren das günstigere Resultat liegt. Wissen wir doch, dass selbst nach einfachem Ausglühen und Verätzen der inoperablen Carcinome eine große Anzahl von Kranken sich relativ lange Zeit recht wohl befindet und je nach der Art des Carcinoms viele Monate, selbst einige Jahre hindurch weiterlebt.

Nicht in der Erweiterung der Operationstechnik möchte ich das Heil für die Zukunft erblicken, sondern — was von Allen hervorgehoben wird — in der frühzeitigen Diagnose des Krebses. Winter hat sehr Recht, wenn er sagt, dass die Carcinomfrage allmählich zu einer Kulturfrage geworden ist. Das Publikum muss über die Gefahr aufgeklärt werden, in der es schwebt. Warum sollte das nicht in ähnlicher Weise gelingen, wie bezüglich der Infektionskrankheiten? Der Staat sollte die Kurpfuscher und Hebammen bestrafen, welche einen Krebsfall bis zur Inoperabilität behandeln. Dann erst wird die operative Thätigkeit bessere Resultate erzielen.

Winter hebt ferner mit Recht den Unterschied zwischen Großstadt und dem flachen Lande hervor und zeigt, wie sich die Operabilität in größeren Städten im Laufe der Jahre gehoben hat, für Berlin von 28,7% auf 46% und darüber. Thorn (Magdeburg) hatte früher 35%, jetzt 45% Operabilität etc.

Zum großen Theil trägt dazu auch die bessere Ausbildung der Ärzte bei, welche den Initialsymptomen des Krebses eine größere Beachtung schenken, als früher, und vor Allem die Frauen mit Blutungen und Ausfluss regelmäßiger untersuchen. Sehr wichtig ist ferner die Erkenntnis, dass das Uteruscarcinom keineswegs eine Krankheit des Alters ist. Die meisten Carcinome finden sich zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre, und nicht wenige Fälle, namentlich Portiocarcinome, kommen schon in der 2. Hälfte der 20er Jahre vor.

Zum Schlusse möchte ich nur noch das eine betonen, dass man bei der Auswahl der Fälle für die Operation nicht allein auf die Beschaffenheit der Parametrien sehen sollte, sondern auch auf die Art des Carcinoms selbst. Weiche und jugendliche Formen geben bekanntlich eine günstigere Prognose und sollten daher nur, wenn ganz lokalisirt, operirt werden. Härtere und ältere Formen gestatten dagegen eine weitergehende Indikationsstellung.

II.

Zur Entfernung der Placenta durch äufsere Handgriffe.

Von

Dr. W. Zangemeister,

Assistenzarzt an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.

Bei der großen Gefahr, mit welcher auch heute noch eine manuelle Lösung der Placenta für die Kreißende verbunden ist, muss jedes Mittel willkommen sein, mit dem man jenen Eingriff einschränken kann.

Ich hatte an dem großen Materiale der Berliner Universitäts-Frauenklinik als Assistent öfters Gelegenheit, in Fällen von Placentarretention, in welchen alle anderen Mittel schon versucht waren, noch einen Handgriff anzuwenden, der zwar nicht immer half, aber doch noch in einer Anzahl der Fälle es mir ersparte, die innere Lösung der Placenta vorzunehmen.

Statistische Angaben über die Häufigkeit der manuellen Lösung im Verhältnis zu den Fällen, in denen die äußere Expression gelingt, sind schwer zu machen und haben einen eingeschränkten Werth, da einerseits die Diagnose »festsitzende Placenta« von den Hebammen sehr verschieden gestellt wird, andererseits die Indikation zur manuellen Lösung von der Erfahrung und Geschicklichkeit des einzelnen Geburtshelfers sehr wesentlich abhängt. Wir hatten in Berlin, wenn wir zu »festsitzenden Placenten« gerufen wurden, die manuelle Lösung nur in einem geringen Procentsatze der Fälle nöthig.

Der übliche Modus bei der Behandlung der »festsitzenden Placenta« war der, dass wir zunächst nach Entleerung der Blase die manuelle Expression versuchten; wo sich dieselbe trotz mehrfachen Versuches nicht ausführen ließ, wurde sie nochmals in Narkose kräftig auszuführen versucht. Erst wenn auch das versagte, wurde manuell gelöst.

Schwierig ist die Expression von außen nur dann, wenn die Placenta noch, gelöst oder ungelöst, im Corpus uteri liegt. Im ersteren Falle wird sich, zum mindesten in Narkose, die Placenta fast immer ausdrücken lassen, im letzteren, d. h. wenn die Placenta noch ganz oder zum Theil im Corpus adhärent ist, wird es nur hier und da glücken, sie durch kräftiges citronenartiges Ausdrücken des Uterus herauszubefördern, anderenfalls kann man entweder noch warten, oder man muss die manuelle Lösung vornehmen.

In diesem Stadium der Behandlung empfehle ich noch folgende Manipulation zu versuchen:

Der Uterus wird in der Wehenpause von beiden Seiten, dann von vorn und hinten mit den einzelnen Fingern abwechselnd an verschiedenen Stellen eingedrückt, so dass flache, dellenartige Ver-

tiefungen entstehen; dieses Kneten wird bis zu der danach eintretenden Wehe fortgesetzt, event. in den nächsten Wehenpausen noch wiederholt. Durch das Kneten wird die Placenta von ihrer Haftstelle mehr und mehr abgeschoben und mit Hilfe der dazwischen eintretenden Wehen nach und nach gelöst und lässt sich dann oft nach 1—2 Wehen durch kräftige Expression (in der Wehe!) ausdrücken.

Eine Inversion ist bei dem Verfahren ausgeschlossen, da man nicht von oben her Dellen in den Uterus machen soll, sondern nur von den Seiten her resp. von vorn und hinten.

Wie oft das Verfahren noch zum Ziele führt, wenn die anderen äußerlichen Mittel ergebnislos waren, ist schwer zu sagen, ein Jeder möge es dann versuchen, wenn er die anderen Mittel der Reihe nach versucht hat und im Begriffe steht, die manuelle Entfernung vorzunehmen. Ich habe mich wiederholt von Kollegen zu Fällen rufen lassen, in denen schon von verschiedenen Händen die Expression vergeblich versucht war, und in denen mir dann, nachdem auch ich dieselbe vergeblich versucht hatte, durch die Massage des Uterus in der Wehenpause die äußerliche Entfernung der Nachgeburt doch noch gelang.

Neue Bücher.

1) **J. W. Ballantyne** (Edinburg). The diseases and deformities of the foetus: an attempt towards a system of ante-natal pathology. Vol. II.

Edinburg, **Oliver & Boyd,** 1895.

Erst eine verhältnismäßig lange Zeit nach dem Erscheinen des ersten Bandes seines umfassenden Werkes über die Krankheiten des Fötus hat der durch seine vielfachen Forschungen auf dem Gebiete der menschlichen Missgeburten bekannte Verf. den zweiten Band folgen lassen.

Die Verzögerung der Fortsetzung seines Werkes lag, wie B. in der Vorrede hervorhebt, einmal darin, dass der Autor bei der Darstellung weiter in gleicher Weise nach allen Richtungen hin erschöpfend den Stoff abhandeln wollte, wie er dies im ersten Bande gethan hatte, zweitens in der besonderen Schwierigkeit, die gerade die im vorliegenden zweiten Bande zu erörternden Kapitel der fötalen Pathologie ihm darboten. Dieselben machten ein ganz specielles dermatologisches Studium nothwendig.

B. beendigt im ersten Abschnitte dieses Bandes die Besprechung der kongenitalen Erkrankungen des Unterhautbindegewebes, mit deren Darstellung er im 1. Bande begonnen hatte. Er bespricht ausführlich das Sklerem der Neugeborenen. Dasselbe definirt er als eine schwere Erkrankung, die immer bereits beim neugeborenen Kinde gefunden wird, die sich dokumentirt durch Induration und zuweilen durch

Ödeme des subkutanen Bindegewebes mit Erniedrigung der Körpertemperatur und die möglicherweise auf trophische Störungen des Nervensystems zurückzuführen ist. Während das Ödem der Neugeborenen ein Symptom ist, das sich bei vielen verschiedenenartigen Erkrankungen findet, ist das Sklerem als eine Krankheit sui generis anzusehen. Den Unterschied beider Zustände demonstriren zwei von B. selbst beobachtete Fälle. Das früheste und am meisten charakteristische Zeichen des Sclerema neonatorum ist die Temperaturerniedrigung. Dieses Symptom ist so hervorstechend, dass der erste Beobachter der Krankheit, Usenbenzius, sein Präparat unter dem Namen »Foetus frigidus« beschrieben hat. Alsdann bespricht B. einen von Ollivier berichteten, allerdings nicht ganz einwandsfreien Fall von subkutaner Abscessbildung bei einem $3^1/_2$monatlichen Fötus, so wie die sog. »lebenden Skelette«, oder »Anatomie vivante«, bei denen es sich wahrscheinlich um ein kongenitales Fehlen des subkutanen Fettgewebes handelt, und die Dermatolysis. Dieser letztere Name bezeichnete ursprünglich eine durch abnorme Dehnbarkeit der Haut charakterisirte Affektion; im weiteren Sinne wurden hierunter auch die als Fibroma molluscum, Molluscum fribrosum, Molluscum pendulum und kongenitale Elephantiasis bekannten Zustände zusammengefasst.

Im zweiten Abschnitte des Buches beginnt B. die Darstellung der kongenitalen Hautkrankheiten. Er geht besonders ausführlich auf die Ichthyosis congenita ein, indem er 5 Formen dieser Krankheit unterscheidet: 1) Die schwere Form, bei der die ganze Körperoberfläche hornartige Epithelschuppen, die durch Risse und Spalten von einander getrennt sind, zeigt, und bei der sich zugleich Missbildungen des Mundes, der Nase, der Augen, Ohren und Extremitäten finden. 2) Die leichte Form, bei der die Körperoberfläche eine »kollodiumartige« Beschaffenheit aufweist. 3) Die Ichthyosis hystrix (»Stachelschweinmenschen«). 4) Die leichtere Form der Ichthyosis hystrix oder das neuropathische Papillom der Haut, papilläre Hauthypertrophien, die mehr oder weniger pigmentirt sind und gewöhnlich der Ausbreitung eines oder mehrerer Hautnerven in ihrer Ausdehnung entsprechen. 5) Die Keratosis pilaris (»Lichen pilaris«). — Einige andere Zustände, die sich durch eine übermäßige Entwicklung der Hornschichten der Epidermis charakterisiren, die Tylosis palmae et plantae, Callositas, Clavus und Corum cutaneum werden im Anschlusse an die Ichthyosis besprochen. Diesen mit einer Hyperkeratosis einhergehenden Affektionen folgt die Darstellung der als Keratolysis zu bezeichnenden Hautkrankheiten, die fötale Keratolysis und die Keratolysis neonatorum. Bei der Keratolysis foetalis handelt es sich um einen Zustand abnormer Lockerung oder Abschilferung der Epidermis beim lebenden Fötus.

Am Schlusse des Bandes giebt B. eine allgemeine Übersicht über die kongenitalen Hautkrankheiten.

Bei den genannten Affektionen hat der Verf. gleich eingehend pathologische Anatomie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose,

Prognose und Therapie der Krankheiten erörtert und geschichtliche Daten über dieselben gegeben.

Auch dieser zweite Band des B.'schen Werkes verdient ein warmes Interesse und bietet reichliche Belehrung.

B. Wolff (Berlin).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 22. Februar 1901.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Gebhard.

Demonstrationen.

1) Herr P. Strassmann demonstrirt 1) den im Anschlusse an den Vortrag von Herrn Knorr erwähnten Ureterstein. 29jährige Dame, Koliken ohne Urinveränderungen. Blasenbeschwerden seit 14 Tagen. Stein 3 cm von der Blase vaginal fühlbar, ging bei der nächsten Menstruation spontan ab. Charakteristische spindelförmige Gestalt mit kleinen Höckern.

2) Rechte Adnexe eines 26jährigen Mädchens, die seit 2 Jahren wegen Retroflexio als Hysterica verschiedentlich in Krankenhäusern behandelt war. Befund in Narkose: Retroflexio mobilis, rechter Eierstock etwa doppelt so groß als der linke und schmerzhaft. Anhaltende Schmerzen, besonders rechts. Schmerzhafte, verstärkte Menstruationen. — Bei der Operation fand sich ein kleines Myom an der Knickungsstelle, das ausgeschält wurde, die rechten Adnexe wurden entfernt und der Uterus ventrifixirt (Laparotomie mit Querschnitt). Der Eierstock enthielt ein kirschkerngroßes Embryom in ödematöser Umgebung. Bei Lupenvergrößerung Haare erkennbar, die Tube war gesund. Pat. war vergrämt, da ihr immer ihr Leiden als nervös dargestellt wurde. Es beweist, wie vorsichtig man mit dieser Diagnose sein muss. Ferner lehrt der Fall, dass man bei irgendwie verdächtigen Adnexen sich mit der Alexander-Adams'schen Operation nicht begnügen darf. Wäre hier nur diese gemacht oder nur ventrifixirt worden, so würde, da die kleinen Tumoren nicht erkannt und nicht entfernt wären, leicht der Verdacht auf Hysterie bei weiter bestehenden Beschwerden verstärkt worden sein.

3) Eine 38jährige Pat. mit einer seltenen Erkrankung der Vulva. Aus der Anamnese wird hervorgehoben, dass die Pat. eine langwierige doppelseitige Ohrenerkrankung tuberkulöser Art, dann einen Lupus am Halse, tuberkulöse Erkrankung am Anus und der Blase durchgemacht hat und noch an Lungentuberkulose leidet. Sie kam dann mit eigenthümlichen Knötchen an der Vulva in die Poliklinik, die schon verschiedentlich klinisch behandelt waren. Diese heilten vorübergehend, doch brachen bald wieder neue hervor. Eine im August 1900 vorgenommene Probeexcision und Übertragung auf Meerschweinchen verlief negativ. Eben so wurden die aus den Knötchen ausdrückbaren Pfröpfe mehrfach vergeblich auf Tuberkelbacillen untersucht. Dauernde Schmerzen, der anhaltende Gebrauch von Schlafmitteln und der elende Zustand veranlassten mich zur Exstirpation der Vulva, die vollständig mit solchen Knötchen besetzt war. Demonstration des Präparates. Glatte Heilung, Entlassung am 17. Tage. Die Untersuchung der excidirten Theile ergab weder Riesenzellen noch Bacillen. Nachdem sich Pat. 3 Wochen wohl befunden und Schlaf erlangt hatte, trat ein Recidiv ein, das jetzt noch besteht (Demonstration). Milchsäure brachte vorübergehende Besserung, jetzt soll auf Rath von Herrn Prof. Lassar Galvanokaustik versucht werden.

Derartige Hauterkrankungen sind an anderen Stellen häufiger in den letzten Jahren beschrieben, an der Vulva — so weit mir die Litteratur zur Verfügung stand — noch nicht geschildert worden. Sie treten neben Tuberkulose anderer Organe auf und verdanken nach einer These von Hallopeau den Toxinen der

Tuberkelbacillen ihre Entstehung. Er nannte sie Toxi-Tuberkulide. (Der Name Tuberkulid stammt von Darier, wegen ihrer Lokalisation gab Barthelémy der einen Gruppe den Namen »Folliclis«.) Sie sind eine paratuberkulöse Erkrankung wie der Lupus erythematosus und andere (vgl. Hallopeau et Leredde, Colcot Fox, Jadassohn, Jarisch). Mikroskopisch findet man kleinzellige, den Gefäßen folgende Züge, Ansammlung an Stellen, wo sich Talgdrüsen befinden, Nekrose der obersten Cutisschicht, nach deren Abhebung ein kleines Ulcus sichtbar ist, das später vernarbt (Demonstration und Abbildung von Schnitten). Für unser Krankheitsbild möchte ich aus den zahlreichen Namen, die den verschiedenen Formen der Erkrankung gegeben sind, den folgenden vorschlagen: Folliculitis acneiformis necroticans paratuberculosa vulvae. An den Glutäen sind ähnliche Eruptionen beobachtet worden (Besnier), die ebenfalls in vertikalen symmetrischen Reihen auftraten. Nach Tuberkulininjektionen werden ähnliche Hauterkrankungen nicht beobachtet.

In der Litteratur der letzten Jahre sind einige Dutzend Fälle, darunter aber keiner von Genitalerkrankung, beschrieben. Der Verlauf ist ein außerordentlich chronischer, weitergehende Eiterungen treten nicht auf. Ein tödlicher Ausgang ist nur durch die Lungentuberkulose bedingt.

Die Behandlung ist lokal und wird die tuberkulöse Erkrankung durch allgemeine Therapie zu berücksichtigen haben.

Diskussion: Herr Bröse fragt Herrn Strassmann, ob die Pat., bei welcher das kleine Dermoid des Ovariums entfernt wurde, auch dauernd von ihren Beschwerden befreit wurde.

Herr P. Strassmann: Bei der 2. Pat. wurde auch eine Ventrifixur gemacht. Sie befindet sich jetzt erst am 12. Tage. Sie gab ganz bestimmt die Gegend des rechten Eierstockes und auf Druck diesen selbst als Sitz der Schmerzen an. Die Schmerzen und verstärkten Menstruationen möchte ich doch auf den kleinen Ovarialtumor zurückführen. — Es erschien mir daher richtiger, hier nicht nur eine Retroflexio-Operation zu machen, sondern den Tumor und das beiläufig aufgefundene Myom zu entfernen[1].

2) Herr Olshausen stellt 1) ein 18jähriges Mädchen vor, welchem er einen Ovarialtumor erheblicher Größe, von eigenthümlicher Form und mit größtentheils lehmartigem Inhalt entfernte. An dem Tumor fanden sich mikroskopisch Tuberkeln und auch Bacillen. Die Kranke bekam alsdann eine subkutane Eiterung, während die Tiefe der Bauchwunde prima intentione verheilte. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass es sich um Tuberkulose des subkutanen Bindegewebes handelte. O. hat schon häufig nach Operation bei Peritonitis tuberculosa die gleiche Erkrankung an den Bauchdecken entstehen sehen, die sich stets durch ein eigenthümliches Aussehen, abweichend von dem bei sonstigen Bauchdeckeneiterungen, auszeichnet. In einem früheren Falle wurde die tuberkulöse Natur der Eiterung schon mikroskopisch festgestellt.

2) Stellt O. ein 18jähriges Mädchen mit kompleter Inversio uteri vor. Es befindet sich kein Tumor an der Uteruswand. Die Ätiologie ist ganz dunkel.

3) Zeigt O. die Leiche eines Kindes mit Scaphocephalie. Die Synostose der Pfeilnaht ist nicht fühlbar, weil die Naht in ihrer ganzen Ausdehnung mit einem Cephalhämatom bedeckt ist. Die Synostose kann aber mit Sicherheit angenommen werden, schon aus der Thatsache, dass das Hämatom von einem Scheitelbeine auf das andere übergeht, sodann aus der höchst charakteristischen Form des Schädels, dessen Maße sind: D. bitemp. 8,0, D. bipar. 7,75 (anstatt 9,5), D. fronto-occip. 13,25 (anstatt 11,75).

Diskussion: Herr R. Schaeffer erwähnt einen ähnlichen Fall von verzögerter Heilung der Bauchwunde nach der Operation eines tuberkulösen Ascites trotz Behandlung mit Jodoform.

---

[1] Anmerkung bei der Korrektur: Die Pat. hat unterdess das Bett verlassen, eine Menstruation ist nach $3^1/_2$ Wochen noch nicht wieder dagewesen. Sie ist schmerzfrei und gedenkt demnächst eine Stelle anzunehmen, um wieder zu arbeiten.

3) Herr Koblanck zeigt die Narbe bei einer vor 14 Tagen laparotomirten Kranken, bei welcher er die seit 3/4 Jahr von ihm geübte Cutisnaht in Anwendung gebracht hat. Die Infektion von der Haut wird dadurch möglichst vermieden, die Narbe ist linear. Diese Nahtmethode ist, wie K. hervorhebt, nicht neu, sie wird von Pozzi, Döderlein u. A. empfohlen (Litteratur in der bekannten Arbeit von Abel-Leipzig).

4) Herr Bruno Wolff: 1) Demonstration eines abnorm stark entwickelten Kindes. Das Kind stammt von einer 43jährigen XVpara. Es ist ein Knabe, hat eine Länge von 63 cm, einen Kopfumfang von 39 cm und ein Gewicht von 5480 g. Kinder von solcher Größe sind sehr selten. Die außerordentlich starke Entwicklung des hier vorliegenden Kindes tritt besonders deutlich zu Tage, wenn man die einzelnen Organe desselben mit denen eines in gewöhnlicher Weise ausgebildeten, reifen Neugeborenen vergleicht. Besonders groß ist das Herz, dessen Gewicht 46 g beträgt und damit beinahe das Herzgewicht eines 1½jährigen Knaben erreicht. In auffallendem Gegensatze zu den übrigen Organen stehen die Schilddrüse und die Thymusdrüse, die beide minimal entwickelt sind.

2) Demonstration einer Missgeburt.

Die Missgeburt wurde bereits einmal in der Sitzung vom 13. Juli vorigen Jahres vorgezeigt. Die genauere Präparation war damals unterlassen worden, damit die eigenartigen topographischen Verhältnisse des Falles demonstrirt werden konnten. Die genauere Untersuchung des Monstrums hat nunmehr die damals geäußerte Vermuthung bestätigt, dass der fast doppelt faustgroße, mit Flüssigkeit gefüllte Sack, der den unteren Theil der Leibeshöhle einnahm, die ausgedehnte Harnblase sei. Beide Ureteren münden in den Sack mit einer deutlich durchgängigen, spaltförmigen Öffnung. Der Mastdarm steht mit dem Sacke nicht in Verbindung. Der Sack ist nach unten hin abgeschlossen; die Urethra fehlt. Das Präparat zeigt, dass unter diesen Umständen eine starke Urinansammlung während des fötalen Lebens stattfinden kann. Der Fall spricht im Sinne derjenigen, die eine regelmäßige fötale Urinentleerung unter normalen Verhältnissen annehmen.

5) Herr Saniter stellt eine 52jährige Frau vor, die im December vorigen Jahres von Herrn Geh.-Rath Olshausen laparotomirt wurde, nachdem die Diagnose auf Dermoid mit Durchbruch in die Blase gestellt war. Der Fall ist interessant, weil er einer der wenigen ist, in denen der cystoskopische Befund aufgenommen wurde, und zweitens, weil er wohl der erste ist, bei dem, nachdem mit Sicherheit die Diagnose Dermoid gestellt war, eine Röntgenaufnahme gemacht wurde.

Die unbewegliche Tumormasse reichte bis zum Nabel empor. Auf dem mittels Katheter entnommenen Urin schwammen große Fettaugen. Cystoskopisch sah man auf der Kuppe des Tumors eine zehnpfennigstückgroße geröthete Stelle, die mit miliaren Knötchen, anscheinend Granulationen, bedeckt war. In der Mitte dieser Stelle ließ sich die kleine Fistelöffnung erkennen, aus der sich, namentlich bei Druck auf den Leib, Fettaugen langsam entleerten, um sich alsbald nach dem höchstgelegenen Punkte der Blase zu begeben.

S. ließ dann eine Röntgenaufnahme machen in der Hoffnung, dass sich größere Knochen und Zähne vorfinden würden. Leider traf das jedoch nicht zu. Die Tumoren — es handelte sich um 2 Dermoide, von denen das größere, linksseitige mit der Blase kommunicirte — enthielten außer einem Knochensplitter von 3 cm Länge nur Fett und Haare.

Demonstration der Röntgenphotographie, die als Beckenaufnahme gut gelungen ist. Das Konglomerat von Haaren ist durch einen dunklen Schatten angedeutet.

Die Operation war schwierig wegen zahlreicher Verwachsungen. Eine kleine Risswunde am Darme musste genäht werden. Die Blasen-Tumorfistel wurde ovalär umschnitten; Blasennaht. Rekonvalescenz verzögert, weil sich eine einerseits

mit dem Darme, andererseits mit der Blase kommunicirende Abscesshöhle bildete, die am 6. Tage nach außen durchbrach. Dann spontan völlige Heilung.

Demonstration der Blasennarbe im Cystoskop.

6) Herr Mackenrodt demonstrirt 2 Fälle von sog. inoperabelem Carcinom, welche von anderer Seite wegen carcinomatöser Ischias als inoperabel zurückgewiesen waren. In beiden Fällen waren Metastasen der Ligg. lata vorhanden, einmal war der Ureter 7 cm lang in die Metastase eingebettet und musste resecirt werden. Trotzdem ist gerade dieser letzte Fall jetzt $3^1/_4$ Jahr nach der Operation gesund und Pat. hat sich jüngst verheirathet. Der andere Fall ist erst vor 6 Wochen operirt. Beide Mal ist die Ischias nach der Operation definitiv verschwunden. Solche Fälle dürfen, wo die Ausräumung der Drüsenherde möglich ist, nicht principiell wegen der Ischias und der Annahme einer erfolgten Metastasirung in den Drüsen von der Operation ausgeschlossen werden. M. hat mehrere solcher Fälle, die nun bis 5 Jahre gesund geblieben sind. Allerdings sind auch einige Fälle recidiv geworden. M. weist darauf hin, dass nach seinen Untersuchungen öfter die Ischias auf eine Lymphangitis zurückzuführen ist, welche, obwohl durch die Eiweißgifte der zerfallenden Carcinomzellen bedingt, dennoch aber nicht specifisch carcinomatös ist und darum auch nicht principiell als Kontraindikation gegen die Operation behauptet werden kann. M. leugnet natürlich nicht, dass auch durch wirkliche vorgeschobene Carcinomposten die Ischias hervorgerufen werden kann und öfter auch wird. Diese Fälle glaubt jedoch M. als solche differenciren zu können, die sich anders verhalten als die lymphangitischen.

Diskussion: Mackenrodt erwidert Herrn Olshausen, dass echte Ischias vorlag. Technisch kann man noch weiter gehen, als hier geschehen ist; M. ist im Besitze von ganz monströsen Präparaten, welche durch die Operation gewonnen sind. Ob solche Operationen aus anderen als menschlichen Gründen gemacht werden, etwa um die Leistungen der Technik zu zeigen, weiß ich nicht. Aber das Gesundbleiben solcher Frauen bis auf 3—4—5 Jahre und hoffentlich noch länger beweist die Berechtigung der Operation auch solcher fortgeschrittener Fälle wie dieser hier. Die Drüsenmetastasen können wir heute ausräumen. Nur wenn sich erwiese, dass die Lymphbahnen zwischen Drüsen- und Mutterherd inficirt sind und nicht fortgeschafft werden können, müssten wir die Operation aufgeben. Dieser Beweis muss erst noch erbracht werden. M. bittet bis dahin diese Operationen nicht principiell abzulehnen.

---

3) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 18. December 1900.

Vorsitzender: Lihotzky; Schriftführer: Regnier.

I. Weinlechner demonstrirt eine 48jährige Bäuerin, bei der er am 25. Oktober 1900 die supravaginale Amputatio uteri nach Hegar ohne Narkose, nur mit Schleichisirung der Bauchdecken gemacht hat. Die Pat. hatte nie geboren, die Menstruation war bis Februar d. J. immer regelmäßig. Vor 4 Jahren spürte Pat. einen nussgroßen Knoten in der linken Seitenbauchgegend, der nach Verlauf eines Jahres gänseeigroß wurde und allmählich bis über Mannskopfgröße erreicht hat. Im Februar d. J. blutete Pat. durch 3 Wochen, nach 14 Tagen stellte sich abermals eine Blutung ein, die 2 Tage dauerte.

Status: Im Abdomen 2 Querfinger oberhalb des Nabels beginnt ein rundlicher Tumor, welcher mehr das rechte, als das linke Hypochondrium ausfüllt. Derselbe reicht seitlich bis in die Mammillarlinien, gegen die Symphyse oval sich verschmächtigend, zu. Die Konsistenz des Tumors war derb. Per vaginam lässt sich der untere Rand des Tumors tasten. Die virginale Portio schien die Bewegungen des Tumors nicht mitzumachen. Rechts von der Portio in der Mitte eines konvexen schmalen Stranges spürt man vom Scheidengewölbe einen walnussgroßen Tumor (rechter Eierstock). Die Portio ist etwas mehr nach links gelagert,

und die 17 cm eindringende Uterussonde weicht deutlich nach links ab. Der Tumor ist mäßig beweglich. Der eingeführte Katheter ließ sich rechts und links, weniger geradeaus bewegen.

Auch per rectum lässt sich konstatiren, dass der Tumor nicht in den Douglas reicht, doch ist die untere Kuppe desselben durchzufühlen. Da die Kranke an einer Stenosirung und Insufficienz der Mitralis in erheblichem Grade litt, so beschränkte sich W. auf die Schleich'sche Methode in der Gegend des Bauchschnittes. Nach Durchtrennung derselben lamentirte die Kranke bei den weiteren Manipulationen etwas heftiger, aber schließlich fand sie sich in die unangenehme Situation zum Erstaunen gut hinein. Nach beiderseitiger Doppelunterbindung der Adnexa konnte mit Leichtigkeit der Gummischlauch angelegt werden, unter welchem 2 Myomnadeln durchgeführt wurden. Dann wurde der Tumor oberhalb der Ligatur abgeschnitten und die Wände innen mit Katgut, außen mit Seide vereinigt. Der Verlauf war fieberlos; in der ersten Zeit musste Pat. katheterisirt werden. Vom 4. Tage an konnte sie selbst uriniren; die Lösung des Stieles ging langsam vor sich und derselbe wurde endlich am 13. November mit dem Thermokauter beseitigt. Der üble Geruch des Stumpfes wurde durch Aufstreuen von Salolpulver verhindert. Es besteht noch eine bohnengroße Wunde. Eine Cervico-Bauchwandfistel besteht nicht, die restirende Cervix ist frei beweglich. Die beim Status erwähnten nussgroßen Tumoren entsprachen den beiden cystisch degenerirten Ovarien. Der exstirpirte Tumor, der sich mikroskopisch als Myofibrom erwies, war im Ganzen kugelig und glatt; nur besaß er am linken oberen Pole einen runden, frauenfaustgroßen Höcker. Das Gewicht betrug 2570 g.

II. Weinlechner demonstrirt ferner eine 22jährige Magd, welche seit dem 13. Juni d. J. in seiner gynäkologischen Abtheilung in Behandlung steht. Die Kranke hat nie menstruirt und war bis vor 2 Jahren stets gesund, um welche Zeit Schmerzen im Unterleibe auftraten, die oft 4 Wochen lang anhielten und eben so lange aussetzten und dann wiederkehrten, demnach als Molimina menstrualia anzusehen sind. Seit mehreren Monaten bestehen Diarrhöen, bedingt durch den Eiterausfluss aus dem Rectum.

Die Kranke besitzt schwach entwickelte Schamhaare und eben solche Brüste. Die Scheide ist für den Finger passirbar, eben so lang, endigt spitz-konisch, am Ende fühlt man einen härtlichen Körper durch, den man nicht näher bestimmen kann. Die Scheide ist somit mäßig hoch oben geschlossen, und von einer Vaginalportion ist keine Spur zu fühlen. Man fühlt nach hinten und oben einen derben, mehr quer gestellten Wulst, von welchem man nicht sagen kann, ob derselbe dem Uterus angehört. Einen eigentlichen Bauchtumor fühlt man von hier nicht. Über der Symphyse, einen Querfinger unter dem Nabel, sieht man eine kugelige Auftreibung, welche links bis an die Spina anterior sup. zieht, an das linke Poupart'sche Band sich anlehnt, rechts minder weit hinüberreicht. Beim Eingehen durch den Anus in der Höhe von etwa 9 cm fühlt man nach vorn zu eine rundliche Öffnung, ähnlich beschaffen wie der zur Geburt gehende Muttermund. Führt man den Finger mit der Tastfläche nach vorn ein, so kann man knapp neben dem Eingangsringe nach vorn vom Septum vagino-rectale in einem über fingergliedgroßen Sinus nach abwärts gegen den Damm vordringen, wo der Kanal blind endigt. Den in die Blase eingeführten Katheter fühlt man bei dieser Gelegenheit weder durchs Rectum noch durch den Kanal durch. Hinter dem oben erwähnten Loche, durch einen $1/2$ cm breiten Saum getrennt, kann man die Fortsetzung des Rectums mit 2 Fingern verfolgen und fühlt das untere Ende des oben erwähnten Bauchtumors, jedoch undeutlich. Während der Untersuchung kommt mit Eiter und Blut vermengter Koth zum Vorschein. Am 21. Juni machte W. die Probepunktion in der linken Regio iliaca, wobei ein geruchloser, mit geringen Blutstreifen untermengter Eiter entleert wurde. W. hätte eher eine Blutansammlung im Uterus oder in den Tuben vermuthet, indess fand sich der Eiter, welcher sich bei Druck durch die erwähnte Öffnung in das Rectum und endlich in den Anus herauspressen ließ. Nach Konstatirung des Eiters durchschnitt W. die Bauchwand; als er aber nach Durchtrennung derselben auf Netz und Darm

traf, hielt er inne und tamponirte die Wunde mit Jodoformgaze aus. Mit dem Finger fühlte er in der Tiefe der Wunde einen frontal verlaufenden, derben Wulst, welcher dem Uteruskörper angehören mochte, und einen sehr derben, mehr kantigen Strang, welcher in der Richtung der Linea arcuata nach rückwärts verlief. Nach 8—10 Tagen trat aus der Incisionsöffnung, durch die man früher in die freie Bauchhöhle gelangte, Eiter heraus. Es hatte sich also der Abscess durch die Incisionsöffnung von selbst nach außen entleert. Sicher war die unvollkommene Entwicklung des äußeren Genitales, die Atresie der Scheide in mäßiger Höhe mit konischer Zuspitzung und endlich die Existenz eines perirectalen Abscesses mit Durchbruch desselben in das Rectum nachweisbar. Über die übrige Beschaffenheit des Genitales hatte man keine Vorstellung.

Um Klarheit in die Situation zu bringen, wurde die Kranke am 1. Oktober in der Narkose untersucht; dabei konnte konstatirt werden, dass inzwischen an der Stelle, wo einst die Öffnung des gegen den Damm führenden Kanales sich befand, Granulationsgewebe aufgefunden wurde, welches ein weiteres Vordringen hinderte. Der erwähnte Eiterkanal war somit geschlossen und nur durch Granulation an der Ausmündungsstelle ins Rectum angedeutet. Dieser Kanal hat sich nun geschlossen, seitdem der Abscess durch die Bauchwand einen Ausgang gefunden hatte, und seither ging auch kein Eiter durch das Rectum ab. In der Narkose gelangte man auch gleich oberhalb der durch Granulationsgewebe angedeuteten Öffnung weiter in das Rectum vor, welches sich glattwandig anfühlte. Diese, Anfangs wie strikturirt sich anfühlende Rectumpartie wurde mit der Zeit immer geschmeidiger und für den Finger leichter passirbar, während früher die Passage wie abgesperrt erschien. Somit war denn endlich die Diagnose klargestellt, welche im Allgemeinen als ein perirectaler Abscess lautete. Der Abscess mag vom linken Parametrium ausgehen, was sich nicht nachweisen lässt. Dieser Abscess hat sich hoch oben im Rectum Bahn gebrochen, und da in der ersten Zeit die Fortsetzung ins Rectum mit dem Finger nicht nachweisbar war, so war zu allerlei Kombinationen, wie exulcerirende Neubildung, Anlass gegeben. Nun bestand und besteht fort derselbe Abscess, welcher in Folge des operativen Eingriffes seinen Weg in die Bauchwand gefunden hat. Dass man bei der Probepunktion Eiter traf und doch bei dem unternommenen Bauchschnitte an derselben Stelle auf Netz und Darm stieß, erklärt sich dadurch, dass bei den verschiedenen Manipulationen während des Reinigens der Eiter ins Rectum hinausgepresst wurde und dadurch Netz und Darm an die Operationsstelle vorrücken konnten. Fatal wäre es gewesen, wenn der Abscess so eröffnet worden wäre, dass ein Theil in die freie Bauchhöhle hätte gelangen können. Nun handelt es sich um die Ausheilung des jetzt durch die Bauchwand mündenden früheren Rectalabscesses. Um diese Heilung zu beschleunigen, etablirte W. nach vorausgegangener genauer Untersuchung mit der Uterussonde mittels des Fleurant'schen Trokars eine Gegenöffnung in die Scheide. Der erste Stich gelang; als aber die Kanüle dem Assistenten entschlüpfte, war ein zweiter Stich nothwendig. Da kam seröse Flüssigkeit zum Vorscheine, welche sich als Harn erwies. Es ist demnach hierbei am 3. Oktober 1900 die Blase verletzt worden. Durch das durchgeführte Drainrohr ging nun Eiter mit etwas Harn durch die Scheide ab, aus dem oberen Ende des Rohres entleerte sich jedoch kein Urin. Nach 14 Tagen — 17. Oktober 1900 — wurde das Drainrohr entfernt, und damit sistirte auch der Abgang von Urin und Eiter aus der Scheide. Seitdem besteht der Bauchwand-Beckenabscess-Fistelgang fort und muss dessen vorzeitiger Verschluss nach außen zur Verhütung von Eiterretention verhindert werden. Inzwischen hat sich die Kranke erholt, die Ernährung hat sich gebessert, sie hat keine Schmerzen mehr außer nach Manipulationen am Fistelkanale, wonach in der Kreuzgegend Schmerzen aufzutreten pflegen. Der Kanal, in welchen ein dickes Drainrohr eingeschoben wird, ist noch 4 cm lang (16. Januar 1901).

Diskussion zu Fall II (Weinlechner).

Schauta hat nach der Schilderung des Falles den Eindruck gewonnen, dass es sich vielleicht doch um Retention in einem rudimentär entwickelten Genitale

handeln könnte. Bei der vaginalen Untersuchung ist kaum eine Andeutung einer Portio zu fühlen, nur eine ganz kleine Resistenz in der Höhe des Scheidengewölbes ist vorhanden, Uterus ist nicht deutlich zu tasten, links ist eine strangartige Verdickung, rechts gar nichts nachweisbar. Wenn man also die Anamnese des Falles berücksichtigt, dass ein Tumor da war, der hoch hinaufreichte, von oben punktirt wurde und schon früher in das Rectum durchgebrochen war, dann ist es doch das Wahrscheinlichste, dass es sich um ein rudimentär entwickeltes Genitale handle und zwar um einen Uterus unicornis sinister mit Haematosalpinx sinistra, die vereitert und ins Rectum durchgebrochen war. Dass die Sache nicht ausheilen will, liegt daran, weil es sich um eine Schleimhauthöhle handelt, die immer weiter secernirt. Es dürfte eine Radikaloperation nothwendig werden.

Nachtrag: Die Kranke wurde nach wiederholter Ätzung mit hineingesteckten und belassenen Stücken von Lapis infernalis Mitte März 1901 vollständig geheilt entlassen.

Weinlechner wirft die Frage auf, wie so es möglich gewesen sei, dass er nach vollzogener Probepunktion an derselben Stelle beim Einschneiden in die freie Bauchhöhle gelangt sei? Bei den üblichen Reinigungsmanipulationen müsse der Eiter in die Rectalhöhle ausgepresst worden und an dessen Stelle Netz und Darm hereingerückt sein.

III. Fleischmann: Demonstration.

1) Anencephalus in einem tubaren Fruchtsacke.

Das Präparat stammt von einer 36jährigen Frau M. K., die ich im September 1896 wegen linksseitiger Extra-uterin-Gravidität laparotomirt habe.

Nach 4jährigem Wohlbefinden traten Mitte Oktober d. J. Erscheinungen innerer Blutung auf, als deren Quelle eine rechtsseitige ektopische Schwangerschaft angenommen werden musste. Bei der neuerlichen Laparotomie fand man an der Hinterfläche der an das rechte Lig. latum angewachsenen, von zahlreichen Adhäsionen umgebenen rechten Tube, und zwar im ampullären Theile derselben, eine nagelgroße, scharfrandige Öffnung. Aus dieser Öffnung ragte ein breites Büschel Chorionzotten hervor, hinter welchem der Kopf des in der Tube gelegenen Fötus sichtbar wurde. Der sonst wohlgebildete, etwa 11 Monate alte Fötus trägt die charakteristischen Merkmale eines Anencephalus und liefert damit einen neuen Beitrag zu dem — wie Alexander und Moszkowicz jüngst wiederum hervorhoben — nicht allzu seltenen Vorkommen von Missbildungen bei extra-uterinen Früchten.

2) Das 2. Präparat stellt einen Fall von sog. »tuberösen, subchorialen Hämatom der Decidua« (Breus) bei Tubargravidität vor. Es wurde bei einer 40jährigen Multipara am 3. December d. J. im Rothschildspitale per laparotomiam gewonnen. Es zeigte sich hier wie in den von Breus publicirten Fällen der Embryo, von dem jetzt nur der kleine am Nabelstrange hängende Bruchtheil erhalten ist, auffallend verkümmert, seine Entwicklung im Verhältnisse zu der angeblich 3monatlichen Schwangerschaftsdauer (bis zum Beginne der 5 Wochen vor der Operation einsetzenden Blutung) außerordentlich zurückgeblieben.

IV. Chrobak: Fall von Cystenleber (Demonstration).

Der demonstrirte Fall betrifft eine Pat., die ich Ihnen bereits vor einem Jahre vorgestellt habe. Dieselbe befand sich vollkommen wohl, nur entwickelte sich ein Bauchbruch, und desshalb kam Pat. wieder in die Klinik. Sie wurde am 28. November operirt, einerseits um einige der vielen Lebercysten zu entleeren, andererseits, um den Bauchbruch zu heilen. Es handelte sich damals um eine Cystenleber, von der es nicht sicher war, ob dieselbe parasitär sei oder nicht. Es sprach nichts für Echinococcus; da derselbe aber in der Leber häufig vorkommt, und Pat. aus einer Gegend stammt, wo dieser zu Hause ist, hatte ich die Operation seiner Zeit zweizeitig gemacht. Bei der jetzigen — zweiten — Operation fand sich nur wenig Ascitesflüssigkeit, dagegen eine Menge von kleinen Cystchen, während bei der ersten Operation eine solche mit $^1/_2$ Liter Inhalt eröffnet worden war.

Die Untersuchung der entleerten Flüssigkeit ergab Folgendes: Dieselbe war leicht getrübt, weingelb, alkalisch, spec. Gewicht 1010. Beim Centrifugiren spär-

liches Sediment, spärliche rothe und weiße Blutkörperchen. Geringe Mengen eines mucinähnlichen Körpers, so wie von reichlichen Mengen von coagulirbarem Eiweiß, hingegen Fehlen von Zucker, Gallenfarbstoff und Gallensäuren. Die Flüssigkeit enthielt nach dem Ergebnisse der quantitativen Analyse:

Wasser	97,32%,
feste Bestandtheile.	2,68%,
organische Substanzen . . .	1,82%,
davon coagulirbares Eiweiß.	1,62%,
anorganische Salze.	0,86%.

Ich glaube daher, dass es sich um eine Cystenleber im Sinne Rokitansky's handelt, die von den Lymph- und nicht von den Gallenwegen ausgeht. Ob eine Cystenniere vorliegt, habe ich weder jetzt noch bei der ersten Operation konstatiren können, da es nicht möglich war, unter dem großen Lebertumor bis zur Niere zu gelangen.

V. Reinprecht berichtet über die Exstirpation einer rechtsseitigen Ovarialcyste durch linksseitigen Leistenschnitt.

Bei einer 65jährigen Pfründnerin, die mit einer linksseitigen Leistenhernie und einer rechtsseitigen Ovarialcyste behaftet war, wurde zunächst die Hernie nach der Bassini'schen Methode operirt, hierbei die Bruchpforte nach oben und außen erweitert und durch diese Öffnung die Cyste nach vorausgegangener Punktion und Entleerung entwickelt und abgetragen. Das Anlegen der Klemmen, wie auch die Ligatur der Stümpfe war mit einigen Schwierigkeiten verbunden. — Naht der Bauchwand in der für die Bassini'sche Hernienoperation typischen Weise. — Reaktionsloser Heilungsverlauf.

Neueste Litteratur.

4) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. III. Hft. 3.

1) Alfred Hegar (Freiburg). Zur Ätiologie der bösartigen Geschwülste.

Die geistvolle Arbeit H.'s zu referiren, d. h. inhaltlich gekürzt zu besprechen, ist schwer und gewissermaßen verfehlt. Die Art, wie H. das schwierige Problem der Carcinomätiologie behandelt, wie er in durchaus origineller Weise seine Anschauungen entwickelt, wie er scheinbar weit abliegende Thatsachen in innigen Kausalkonnex mit dem Thema bringt, das Alles lässt sich nur voll würdigen, wenn man die Arbeit studirt. Es sei daher gestattet, im Wesentlichen nur dasjenige kurz zu citiren, was der Autor selbst als Résumé seiner Studien zusammenstellt. Er hält die Zelle der bösartigen Geschwulst für eine geschädigte Gewebszelle, deren Differencirung gelitten hat. Die Schädigung kann extra- und intra-uterin erfolgen, vielleicht schon das Keimplasma treffen. Unter den vielen schädigenden Faktoren spielen die Stoffwechselprodukte der Mikroorganismen eine wichtige Rolle. Die Schädigung der Zelle führt auch mannigfache Abweichungen und Störungen des Wachsthums und der Entwicklung herbei. Die Kombinationen von Geschwülsten mit Bildungsanomalien wie: Abnorme Behaarung, Riesenwuchs, Missbildungen der Genitalien, Pseudohermaphroditismus, frühzeitige Geschlechtsreife, Akromegalie weisen auf einen schon von anderen Autoren angedeuteten Zusammenhang zwischen Tumorentwicklung und Bildungsfehler hin, wenn auch Beweise für einen Kausalkonnex fehlen. Doch kann man eine gemeinsame Ursache, einen Faktor annehmen, der einen Wucherungsprocess darstellt und zugleich Zellen schädigen kann und in der Embryonalzeit bereits wirksam ist. Abgesehen von Stoffwechselprodukten der Bakterien müssen besonders Tuberkulose und Lues als eine, wenn auch nicht als wichtigste Quelle der bösartigen Geschwülste betrachtet werden. Sie spielen eine gewisse Rolle bei Entstehung des Carcinoms und Sarkoms und können unter günstigen Umständen dieselbe vielleicht erzeugen. Die Annahme von Birch-Hirschfeld, dass durch eine Symbiose oder eine Art Be-

fruchtung die Gewebszelle einen parasitären Charakter gewinnt, ist unbewiesen. Die Gewebszelle besitzt vielmehr die immanente Fähigkeit, sich auf einen Wucherungsreiz zu vermehren und den bösartigen Tumor zu bilden. Die Quelle dieses Reizes sind wahrscheinlich durch Bakterien erzeugte Gifte.

Bezüglich der Therapie ist auf die Prophylaxe erhöhter Werth zu legen. Sie wird besser zu präcisiren sein, wenn wir den Einfluss der Mikroorganismen und ihrer Stoffwechselprodukte auf das Keimplasma, die Zellen der Frucht, des Kindes und des Erwachsenen kennen. Vorläufig ist es nur möglich, Infektionen, besonders Lues und Gonorrhoe, lokale Schädigung der Gewebe zu vermeiden und die Ernährung sinngemäß zu gestalten; Epithelverluste, Schrunden an den Ostien sind zu heilen, wenn man ihnen nicht vorbeugen kann. H. hat auch bei vorgeschrittenem Portiocarcinom durch Radikaloperation einzelne überraschende Erfolge gesehen und empfiehlt bei inoperablen Fällen die Glühhitze und das Chlorzink.

2) Wilms (Leipzig). Verwerthung der Röntgographie zum Studium der Geschwülste.

Das beigegebene Photogramm zeigt sehr deutlich in einem soliden Teratom (embroyde Geschwulst) an den verschiedensten Stellen Zahngruppen und einzelne in Knochen, die als Kieferanlagen aufzufassen sind, steckende Zähne.

3) Scharfe (Halle). Der Ductus Botalli.

S. suchte die Druckverhältnisse zwischen Aorta und Pulmonalis und im Ductus Botalli durch ein einfaches Modell nachzuahmen und fand, dass in Folge einer Erhöhung des Aortendruckes das Blut aus der Aorta in den spitzwinklig einmündenden Ductus nicht hineinlaufen kann. In Folge dessen ist eine Verschlussklappe an der Mündung des Ductus in die Aorta, wie sie Strassmann beschrieben, nicht nöthig und thatsächlich, wie Sektionen frischer Leichen von Neugeborenen ergaben, auch nicht vorhanden. Sie entsteht erst bei Injektion des Ductus und ist als Kunstprodukt aufzufassen. Nach den Modellversuchen S.'s ist dagegen bei höherem Aortendrucke ein mechanischer Verschluss des Ductus nach der Pulmonalis erforderlich, da in Folge des höheren Druckes in der Aorta das Blut der Pulmonalis durch den Ductus angesogen wird. Dieser Verschluss wird erreicht durch eine Art Schlauchventil: die der elastischen Fasern völlig entbehrenden Ductuswände werden an einander gesogen. Durch sorgfältige und komplicirte Messungen an Leichen Neugeborener fand S. ferner, dass die Herzverlagerung beim ersten Athemzuge zu inkonstant ist, als dass sie einen wesentlichen Faktor beim Verschlusse des Ductus Botalli darstellen könnte. 7 Fälle wurden histologisch untersucht. Völliger Verschluss des Lumens wurde, auch wenn die Kinder kräftig geathmet hatten, nie gefunden. Bei luetischen Früchten fand sich im Ductus die Intima stets verdickt (typische Endarteriitis luetica), während syphilitische Gefäßveränderungen an Aorta und Pulmonalis fehlten. Der Schluss des Ductus erfolgt postfötal durch Endothelwucherung. Es besteht also Neigung zu endarteriitischen Veränderungen. Bei Lues des Fötus kommt es durch eine solche Endarteriitis zu einer vorzeitigen Verengerung des Ductus, worauf das Absterben des Kindes in utero öfter zurückzuführen ist.

4) O. v. Herff (Halle). Über die Dauerresultate der Prolapsoperationen.

Auf Grund genauer Nachforschungen und eingehender Nachuntersuchungen konnte v. H. an 252 wegen Prolaps operirter Frauen die Dauerresultate feststellen. Er unterscheidet zwischen »relativer« Heilung, wo auch bei Anstrengungen der Prolaps nicht wieder eintritt, und »absoluter Heilung«, bei der auch innerhalb der Scheide keine Senkung von Scheidenwänden resp. Uterus zu konstatiren ist. Bei relativen Dauerheilungen kommen Störungen der Arbeitsfähigkeit vor. Die angewandten Methoden, deren Resultate in übersichtlichen Tabellen vergleichsweise zusammengestellt sind, bestanden in einfachen Prolapsoperationen (Kolporrhaphien, Perineorrhaphien), komplicirteren Prolapsoperationen (Collumexcisionen, Portioamputationen, Kolporrhaphien, Kolpoperineorrhaphien), Prolapsoperationen mit Vagino- und Vesicofixationen, Ventrofixationen mit Prolapsoperationen, Hyster-

ektomien mit Prolapsoperationen, Freund'scher Prolapsoperation und Prolapsoperation nach P. Mueller. Ohne auf das Zahlenmaterial im Einzelnen näher einzugehen, sei nur erwähnt, dass die Kombination der Vesicofixation mit Prolapsoperationen recht gute Resultate gab und dass v. H. der Vesicofixation den Vorzug vor der Ventrofixation einräumt. Bezüglich der späteren Arbeitsfähigkeit wiesen die wegen hochgradigen Prolapsus Operirten mit 50—55% wesentlich günstigere Resultate als die wegen nur geringen Vorfalles Operirten mit 37,2—41,8% auf. Auffallenderweise war bei sämmtlichen nach Freund operirten Fällen (7) ein völliger Misserfolg zu konstatiren. Recidive betrafen am häufigsten die vordere, am seltensten die hintere Vaginalwand und hatten ihre Ursache in der weiterbestehenden Schlaffheit der Gewebe, Dehnbarkeit der Ligamente und des Peritoneums, wiederholten Geburten mit und ohne Dammriss etc. Die relative Heilung wird um so sicherer erreicht, je sorgfältiger die Dammplastik ausgeführt wird. Einfache Scheidenverengerung selbst bis zu nur bleistiftdickem Lumen leistet ohne gute Dammbildung nichts. Bei Hysterektomien muss der Vaginaltrichter möglichst hoch fixirt werden durch Befestigung der Ligamentstümpfe an der Scheide und Ausführung der primären Peritonealnaht. Absolute Heilung ist durch die Operation allein oft unerreichbar, wenn die Schlaffheit der Gewebe nicht gehoben wird (Heilgymnastik). Ganz besonders wichtig ist die Prophylaxe (sorgfältige Naht der Dammrisse, Wochenbettshygiene, Regelung des Stuhlganges, rechtzeitige Einführung von Pessaren).

5) Wormser (Basel). Über die Verwerthung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe.

Über die Diagnose der Kindeslage giebt die Radiographie keinen genügenden Aufschluss. Das Haupthindernis ist die Dicke der Weichtheile, die zwischen Röhre und Platte liegen. Nur die Konturen des vorliegenden Kopfes lassen sich erkennen, zuweilen schon in einer sehr frühen Zeit (3. Monat). Bessere Resultate erhält man bei der Durchleuchtung des Beckens. Die Beckeneingangsebene muss dabei parallel zur photographischen Platte verlaufen, um perspektivische Verzerrungen zu vermeiden. Um dies leicht ausführen zu können, hat W. einen modificirten Beckenzirkel konstruirt. Derselbe ermöglicht eine Kontrolle, dass Conjugata externa und Platte parallel zu einander liegen. Das ist meistens bei einer halb sitzenden Lage der Frau der Fall. Die Lichtquelle muss, gleichfalls zur Vermeidung von Verzerrungen, senkrecht über der Mitte des Beckeneinganges, also der Conjugata vera stehen. Das entspricht der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der Conjugata externa. Die auf diese Weise erzielten Bilder sind in Folge der Projektion zwar vergrößert, aber nicht verzerrt. Die wahre Länge der Conjugata vera lässt sich dann auf mathematischem Wege mühelos berechnen. Von den reproducirten Radiogrammen sind als besonders gelungen zu bezeichnen, ein allgemein verengtes, platt rachitisches Becken und ein pseudoosteomalakisches, hochgradig querverengtes Becken. In beiden Fällen wurde Sectio caesarea (Fritsch'scher querer Fundusschnitt) mit gutem Erfolge gemacht. In dem letzteren Falle ermöglichte die Radiographie allein die richtige Diagnose, während äußere und innere Untersuchung zur Annahme eines Robert'schen Beckens geführt hatten.

6) A. von Meer (Straßburg). Über Konception und Abort durch den Ausführungsgang der Blase bei angeborenem Defekt der Vagina.

Bei der 23jährigen Pat. handelte es sich um eine Entwicklungshemmung, das Persistiren eines frühen Embryonalstadiums: die beiden unteren Drittel der Vagina fehlten, das obere rudimentäre Drittel mündete direkt in die Blase resp. deren Ausführungsgang. Diese Kommunikation war fistelförmig eng und nur für eine Sonde passirbar, hinter der Fistel war es zu einer Retention von Menstrualblut gekommen. Die Sonde konnte bis ins Uteruscavum vorgeschoben werden. Trotz Freilegung des Blasenhalses, der divertikelartig nach hinten ausgebuchtet war, durch Specula und trotz Cystoskopie waren die Uretermündungen nicht sichtbar zu machen. Vom Rectum aus waren der Uteruskörper in fast normaler Größe

zwei normale Tuben und Ovarien zu palpiren. Der Beckenboden war sehr stark entwickelt. Der Finger gelangt aus dem Scheideneingange direkt in die Blase. Vor 2 Jahren hatte Pat. koncipirt und sich im 5. Monate die Frucht abgetrieben. Der Fötus damals war nach Aussage der Hebamme 12 cm lang. Die Geburt verlief glatt, war aber gefolgt von 2 Wochen anhaltender Incontinentia urinae und Menstruationsbeschwerden. Jetzt wollte die Pat. sich verheirathen. Es wurde daher der Versuch erwogen, annähernd normale Verhältnisse durch eine Operation (Schließung der Fistel, Neubildung einer Vagina) herzustellen, was die Pat. jedoch ablehnte.

7) H. Fuchs (Kiel). Über eine neue Methode der Cervixverkürzung mit Erhaltung der Vaginalportion.

Die Thatsache, dass erhebliche Geburtsstörungen in Folge von Portioamputationen entstehen, veranlasste Werth, zumal er selbst einen typischen Fall dieser Art beobachtete, eine Modifikation der Cervixverkürzung zu ersinnen. Er spaltet die Portio beiderseits bis zum Ansatze des Scheidengewölbes quer. Beide Muttermundslippen werden von der Innenfläche her über dem Niveau des Scheidenansatzes quer durchtrennt, bleiben also mit der Vagina verbunden. Es wird je nach der Art des Falles ein verschieden langes Stück der Portio supravaginalis ausgelöst und das mobilisirte Cervixstück quer amputirt. Die parametranen Wunden werden mit Katgut umstochen, vordere und hintere Muttermundslippe durch Sagittalnähte mit dem centralen Cervixstumpfe vereinigt und schließlich die Seitenpartien der quergespaltenen Portio vernäht. Es ist nöthig, sich bei der Auslösung streng an die Seitenwand der Cervix zu halten, um Gefäßverletzungen zu vermeiden und das für Infektion besonders empfängliche Parametrium möglichst zu schonen. Die Vereinigung der fast kongruenten Wundflächen gelingt gut, ein Narbenring am äußeren Muttermunde existirt nicht, sondern nur eine in der Cervixwand gelegene, unter der Geburt sich dehnende Narbenlamelle. Die Indikation für derartige Cervixresektionen geben ab: 1) primäre Cervixhypertrophien in Form von Elongatio colli. 2) Die sekundären Cervixhypertrophien in konceptionsfähigem Alter. 3) Die Hypertrophien des Collum uteri in der Schwangerschaft. — Von den 9 Fällen, die auf diese Weise in der Werth'schen Klinik operirt wurden, erfolgte die Anheilung der Portio mit Ausnahme eines Falles glatt. Um die Ernährung der Portio nicht zu gefährden, sollen die Nähte in den Parametrien nicht zu enge gelegt und nicht zu fest geknotet werden. In einem Falle recidivirte die Cervixhypertrophie, worauf die gleiche Operation zum 2. Male ausgeführt wurde. In einem anderen Falle wurde im 4. Monate der Schwangerschaft operirt, die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen, die Geburt erfolgte rechtzeitig spontan. Auch eine zweite der Operirten hat nach der Operation 2mal spontan und leicht geboren. Die Cervixresektion war, 2 Fälle ausgenommen, stets als Hilfsoperation, mit Kolporrhaphie oder Alexander-Adams kombinirt, zur Anwendung gekommen.

8) R. Scholten (Leiden). Über puerperale Acetonurie.

Verf. benutzte die Methoden von Ziehen und Legal zur Bestimmung des Acetons im Urin und fand, dass kleine Acetonmengen im Urin stets vorkommen. Von 39 Schwangeren der Veit'schen Klinik fand sich nur bei 3 eine mäßige Vermehrung des Acetongehaltes. Während der Geburt (5 Fälle) und während der ersten 3 Tage des Wochenbettes (33 Fälle) konnte eine erheblich gesteigerte Acetonausscheidung konstatirt werden. S. erklärt dieselbe durch die Muskelarbeit des Uterus und des Körpers und den dadurch bedingten übermäßigen Verbrauch von Kohlehydraten. Die Dauer und Intensität der Wehen sind also von Einfluss auf die Acetonausscheidung. Zur Kontrolle verabreichte S. 9 Schwangeren beim Auftreten der ersten Wehen große Mengen Kohlehydrate (100—300 g Rohrzucker). 6 von diesen hatten thatsächlich unmittelbar post partum und später kein Aceton im Harne, bei den 3 anderen war mit der Zuckerfütterung zu spät begonnen oder der Zucker wurde ausgebrochen. Der an sich fernliegende Einwand, dass die Acetonurie die Folge der sistirten Nahrungsaufnahme, also einer Inanition intra par-

tum sein könne, entkräftet sich durch den Nachweis, dass die reichliche Zufuhr von Milch, Eiern und Plasmon während der Geburt die starke Acetonurie nicht aufzuheben vermochte.

9) B. S. Schultze (Jena). Experimentelle Prüfung verschiedener Methoden künstlicher Athmung Neugeborener.

S. hat bekanntlich auf dem Pariser Kongresse einen längeren, bereits referirten Vortrag über die Wiederbelebung Neugeborener gehalten. In der hier vorliegenden Arbeit giebt er eine kurze Kritik der konkurrirenden Methoden und der zahlreichen Experimente, die zur exakten Lösung der Frage bisher angestellt wurden. Als Bedingung für das Leichenexperiment verlangt er die alleinige Verwendung todtgeborener Kinder und eine vergleichende Prüfung so wohl des Umfanges der Lungenventilation als auch der Druckhöhe, mit der sie stattfindet. S. experimentirte mit einem Hutchinson-Cyon'schen Spirometer. Verglichen wurden die Methoden von Silvester-Brosch, Silvester-M. Hall, Pacini, Mattei, Lahs und Schultze. Die prägnantesten Abschnitte der manometrischen und spirometrischen Kurven sind der Arbeit auf einer Tafel beigefügt. Das verwendete Material bestand aus 20, vor vollendeter Geburt abgestorbenen Kindern, an denen vorher keine Wiederbelebungsversuche gemacht waren.

Die S.'schen Schwingungen übertrafen die anderen Verfahren in den meisten Fällen, besonders auch das Silvester'sche erheblich, so wohl an Luftvolumen wie an Druckhöhe. Ganz besonders überwiegend war der Inspirationsdruck beim Schwingen. Vornehmlich bei pathologischen Verhältnissen trat der Vorzug der Schwingungen hervor. Nur das Schwingen beförderte aspirirte Schleimmassen heraus. Für frühgeborene Kinder, die tief asphyktisch sind, scheint sich die Silvester'sche Methode kombinirt mit der Pacini'schen gut zu eignen. Man soll die Lufteinblasungen aber nicht forciren, sondern vor der künstlichen Athmung nur einmal 20 bis höchstens 30 ccm einblasen.

10) Schwarzenbach (Zürich). Fall von Fehlgeburt im 4. Monate bei Insertion der Placenta auf einem submukösen Uterusmyom, konsekutive Verjauchung des letzteren. Amputatio uteri supravaginalis; Heilung. 2. Theil.

$^2/_3$ der Placenta saß auf 2 submukösen Myomen, höchstens $^1/_3$ auf der Schleimhaut oberhalb der Myome. Im Bereiche der Myome war die Placenta sehr dünn (0,8—0,3 mm), oberhalb derselben 2 cm dick. Die Placenta materna zeigte eine sehr mangelhaft entwickelte Decidua, keine Drüsen, zahlreiche Muskelelemente, wenig Gefäße und ausgedehnte Nekrosen. Die Zotten des Chorions waren klein, der Epithelbesatz derselben war atrophisch, während das hypertrophische Stroma fibröse Umwandlung aufwies. Viele Zotten waren hyalin degenerirt. Diese mangelhafte Placentaausbildung führte zu einer Unterernährung des Fötus, zu dessen Tod und zum Abort. Die Myome scheinen in diesem Falle die Einansiedlung geradezu begünstigt zu haben, indem sie den Weg nach der Vagina und nach außen, den das Ovulum vielleicht genommen hätte, verlegten. Die Hofmeier'sche Ansicht, dass die Gefahr der Schwangerschaftsunterbrechung bei Myomen keine größere als sonst ist, wird durch den Fall widerlegt. Die Anwesenheit von Muskelzellen auf der ausgestoßenen Placenta erklärt S. durch die Annahme einer vor Eintritt der Gravidität schon vorhandenen unregelmäßigen Grenze zwischen Schleimhaut und Muskulatur. Die Nekrosen und Infiltrationen in der Decidua weisen darauf hin, dass bereits in der Gravidität die obersten Myomschichten nekrotisch wurden, worauf auch der rasche Tod des relativ gut entwickelten Fötus, die schnelle Ausstoßung der Placenta, das Ausbleiben jeglicher Blutung in der Nachgeburtszeit in Folge vorzeitiger Thrombosirung der Gefäße zurückzuführen sind. **Stoeckel** (Bonn).

Verschiedenes.

5) M. Cohn (Berlin). Über Frauenmilch.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 47.)

C. hat in der Frauenmilch Bildungen gefunden, welche er als Kappen und Kugeln bezeichnet. Sie finden sich selten isolirt, sondern fast immer vergesellschaftet mit den Fetttropfen. Sie treten als schmaler, scharfrandiger, sichelförmiger Saum derselben, als ein kleiner der Peripherie des Milchkügelchens anhaftender Knopf auf, sie können das letztere zu $^1/_3$, $^1/_2$, $^3/_4$ der Cirkumferenz umgeben oder es völlig als schmale Zone umschließen. Haben sie sich mehr in die Höhe entwickelt, so erscheinen sie als Kuppeln, Bänder und Schweife, in welche öfter noch ein oder mehrere Fetttröpfchen eingelagert sind. Schließlich finden sich mit dem gleichen Einschlusse Kugeln, selten kernhaltige Kappen. C. konnte diese Formbestandtheile konstant in der Frauenmilch nachweisen, allerdings in sehr verschiedener Menge. In dem Sekret der einzelnen Drüse scheint der Gehalt an Kappen und Kugeln während einer Laktationsperiode keinen wesentlichen Schwankungen zu unterliegen. Nur in den ersten Tagen der Laktation kommt mitunter ein größerer Reichthum vor, der alsbald einem geringeren Gehalte weicht. Eine wesentliche Rolle in der Ätiologie der Brustkinderdyspepsien möchte C. der reichlichen Anwesenheit dieser Elemente nicht zuschreiben.

Des weiteren beschäftigt sich Verf. mit den Kolostrumkörperchen, welche er als Leukocyten ansieht, die während ihres Aufenthaltes in den Drüsenräumen Milchfett in sich aufgenommen haben. Sie sollen bei Sekretstagnation durch Chemotaxis entstehen. Während sie dem entsprechend in der Regel nur in den ersten Tagen der Laktation in größeren Mengen auftreten, finden sie sich auch bei besonderen Zuständen im weiteren Verlaufe, so als Zeichen und Ausdruck des Versiegens der Sekretion, auch einseitig, wenn die eine Drüse nicht genügend in Anspruch genommen wurde oder bei kurzdauernder, partieller Sekretretention. Letztere führt zu einem Auftauchen im Sekret beider Drüsen, wenn der Säugling die reichlich absondernden Brüste in Folge Erkrankung ungenügend entleert. Schließlich findet sich Kolostrumbildung, sobald Mütter die Säugung vollkommen abbrechen.

Frauenmilch, welche Kolostrumkörperchen in größerer Anzahl enthält, erklärt C. nur bei länger währendem Genusse für schädlich für den Säugling, indem sie Reizzustände in den Digestionswegen auslöst. Er warnt desswegen davor, bei versiegender Funktion noch Versuche zu machen, die Absonderung zu steigern. Auf der anderen Seite räth er, wenn sich nach vor kurzer Zeit erfolgtem Absetzen des Kindes schwere Verdauungsstörungen einstellen, den Versuch zu machen, die Milchsekretion wieder in Gang zu bringen. Gelingt dies unter Zuhilfenahme von reichlicher Flüssigkeitszufuhr und entsprechender Ernährung, so geht die anfänglich wieder auftretende Kolostrumbildung bald vorüber. **Graefe** (Halle a/S.).

6) Cassel (Berlin). Geheilte Bauchfelltuberkulose bei Kindern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 37.)

C. theilt die Krankengeschichten dreier durch Laparotomie geheilter Kinderfälle von Bauchfelltuberkulose mit. Unter 15000 ambulatorisch behandelten Kindern konnte er bei 18 Peritonitis tuberculosa diagnosticiren. 10 derselben waren Knaben, 8 Mädchen. Mit Ausnahme eines waren alle unter 10 Jahren, 3 im Alter von 12, 13 Monaten und $1^1/_2$ Jahren. Der Ausgang der Erkrankung (5 Kinder wurden der Behandlung entzogen) war der, dass 3 ohne Operation starben, bei einem wurde die Diagnose durch die Autopsie bestätigt. 7 wurden operirt. Von diesen starben 2 (Entkräftung) kurze Zeit nach der Operation, 1 an akuter Miliartuberkulose. Unter den 4 geheilten befindet sich 1 (erst kurze Zeit p. op.), bei welchem sich die trockene, fibröse Form der Peritonitis tuberculosa fand. Bei 2 Kranken ist spontane Heilung eingetreten.

Über die Ätiologie konnte bei 14 Kindern nichts eruirt werden. Die Väter der übrigen 4 litten an Lungentuberkulose. Bei den meisten Kindern manifestirte sich die Tuberkulose nur am Peritoneum. Nur 1 litt an tuberkulösen Processen am Ellbogengelenke. 5 Kinder hatten chronische Durchfälle.

Mit kurzen Strichen zeichnet Verf. das Bild der Peritonitis tuberculosa bei Kindern. Als geradezu typisch für die Diagnose bezeichnet er walnuss- bis hühnerei-, ja selbst kindskopfgroße, oft etwas bewegliche Tumoren von derber Konsistenz in der Nähe des Bauches. Von anderer Seite als charakteristisch angegebene mörtelartige Stühle (mangelhafte Fettresorption) sah er nur 2mal. Die Bauchfelltuberkulose kann mit und ohne Fieber verlaufen. Differentialdiagnostisch kommt nur die chronische, seröse, nicht tuberkulöse Peritonitis in Betracht.

Spontane Heilung ist möglich. Für die Behandlung stellt C. folgende Gesichtspunkte auf: Besteht bei zweckmäßigem allgemeinen Regime unter Anwendung der üblichen äußeren und inneren Mittel nach mehrwöchentlicher Beobachtung ein dauernder Fieberzustand, tritt in der Anschwellung des Bauches kein Nachlass, sondern eine Verschlimmerung ein, nimmt vor Allem die Macies statt ab zu, so ist die operative Behandlung angezeigt und zwar bei allen Formen.

Graefe Halle a/S.).

7) Blondin (Lyon). Ovarialcyste etc.

(Lyon méd. 1900. No. 37.)

Eine 42jährige Frau trägt seit 8 Monaten einen Ovarialtumor, der durch eigenthümliche Besonderheiten des abdominalen Tastbefundes für den ersten Augenblick eine Schwangerschaft vortäuschte. Die Diagnose lautete dann schließlich: Ovariencyste, Uterusfibrom; Anzeichen von Pleuropneumonie, 40° Temperatur. Die stark verwachsene Ovariencyste (sarkomähnliches Polycystom) wird entfernt, das Fibrom in loco gelassen. Am folgenden Tage Tod durch Lungenödem. Sektionsbefund: seröser Erguss in die Pleurahöhlen, Kongestion und Ödem der Lungen, Eiterhöhle zwischen Leber und Diaphragma, die sich postperitoneal bis zum kleinen Becken herunterzieht; Fettleber, Cystennieren, mit schon lädirter Rindensubstanz; Dilatation des linken Ventrikels, Degeneration des Myokards; interstitielles Myom des Uterus, Sarkom im rechten Ovarium. Über den Urin, über den Herzbefund vor der Operation, so wie über die Rechtfertigung zur Operation fehlen die Angaben.

Zeiss (Erfurt).

8) Chaput. Gazekompresse 6 Jahre nach Bauchschnitt aus dem Darme entfernt.

(Med. press and circular 1901. Januar 2.)

Bei einer Arztfrau 2mal Bauchschnitt wegen ektopischer Schwangerschaft, bei dem zweiten starke Blutung 1890. Nach einiger Zeit wegen Darmverschluss bei entzündlicher Infiltration der Bauchschnittnarbe dritter Bauchschnitt, 1892, nach dem in der Wundnarbe eine jauchende Stercoralfistel hinterblieb. 1898 C. konsultirt, der einen Darmtumor voraussetzte und einen vierten Bauchschnitt ausführte; er fand ein entzündliches Darmschlingenkonvolut, hatte den Eindruck, im Darme eine härtliche Masse zu fühlen mit verschieblichem Mantel, vermuthete desshalb jetzt einen Fremdkörper im Darme, schnitt ihn auf und extrahirte eine Jodoformgazekompresse von 25 Zoll Länge, die ein anderer Operateur vor 6 Jahren in der Bauchhöhle vergessen hatte. Darmeinschnitt vernäht, Darmfistel verschlossen, Drain, Schluss der Bauchwunde. Genesung.

(Referent hat nunmehr schon über 112 solcher Fälle zusammengestellt.)

F. Neugebauer (Warschau).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. Sonnabend, den 20. April. 1901.

Inhalt.

Einladung.

Der IX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

findet in diesem Jahre vom 29. bis 31. Mai in Gießen statt.

Die Sitzungen werden in der großen Aula der Universität Vormittags von 9—12½ Uhr und Nachmittags von 2—4 Uhr abgehalten, Demonstrationen in der Universitäts-Frauenklinik Morgens von 8—9 Uhr.

Als Gegenstände der Erörterung sind seinerzeit bestimmt worden:

1) ***Über die Radikaloperation bei Carcinoma uteri mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate.*** *(Ref. W. A. Freund und Winter (Königsberg).*

2) ***Eklampsie.*** *(Ref. Fehling (Halle) und Wyder (Zürich).*

Anmeldungen zu Vorträgen und Demonstrationen sind bisher eingelaufen von den Herren Klein (München), Kossmann (Berlin),

Gebhard (Berlin), v. Rosthorn (Graz), Döderlein (Tübingen), Winternitz (Tübingen), Büchteler (Frankfurt a/M.), Sarwey (Tübingen), Theilhaber (München), Krönig (Leipzig), Füth (Leipzig).

Weitere Anmeldungen bitten wir bis zum 1. Mai an den I. Vorsitzenden gelangen zu lassen.

Ein eingehendes Programm wird in den ersten Tagen des Mai an dieser Stelle veröffentlicht werden.

Kranke, welche von Mitgliedern der Gesellschaft vorgestellt werden sollen, können in der Frauenklinik nach vorheriger Anmeldung aufgenommen werden.

Dringend empfehlen wir wegen der Bestellung einer Wohnung zeitig bemüht zu sein, resp. mit den Herren Löhlein und Walther in Gießen in Verbindung zu treten.

Zu reger Betheiligung ladet die Fachgenossen ein:

Löhlein (Gießen), I. Vorsitzender. *Olshausen (Berlin),* II. Vorsitzender. *Schatz (Rostock),* Kassenführer.

Ahlfeld (Marburg). Hofmeier (Würzburg).

Pfannenstiel (Breslau), 1. Schriftführer. *Walther (Gießen),* 2. Schriftführer.

Kritisches und Positives zur Atmokausis und Zestokausis.

Von

Ludwig Pincus in Danzig.

Die zahlreichen, dem Verf. in dankenswerther Weise andauernd zugehenden, instruktiven Beobachtungen und Mittheilungen und eigene, reifere Erfahrung lassen es zweckmäßig und nothwendig zugleich erscheinen, nochmals einige Worte an die jetzigen und zukünftigen Mitarbeiter zu richten. Es sollen Mahnworte sein, um die in großem Umfange gegenwärtig ausgeführten und auszuführenden Anwendungen unserer Methode in gesicherte Grenzen einzuengen.

Es soll nicht unsere Aufgabe sein, wenngleich kritisch gesichtetes und lehrreiches Material in Fülle vorliegt, heute eine zusammenfassende Darstellung zu bringen. Das soll mit besserem Nutzen später und an anderem Orte geschehen.

Von den seit Ausgabe der »Sammelforschung«[1] erschienenen, resp. uns bekannt gewordenen Abhandlungen seien namentlich solche

---

[1] Sammlung klin. Vorträge N.F. No. 261/262. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1899, December.

von v. Steinbüchel[2], Brothers[3], Simpson[4], Utermann[5] und Stoeckel[6] genannt. Alle seitdem erschienenen Neuauflagen der Lehrbücher von: Fritsch, 9. Aufl., Fehling, 2. Aufl., Schäffer[7] empfehlen die Methode. Auch in einigen, in Vorbereitung befindlichen, autoritativen Büchern wird das Verfahren, wie Verf. mittheilen darf, empfehlend beschrieben. Einen besonders instruktiven Abschnitt mit Abbildungen (p. 223 f.) widmet Fritsch dem Gegenstande. Auch Schäffer widmet der Methode eingehende, warm empfehlende Darstellungen.

v. Steinbüchel hatte dem Verf. schon zur Verwerthung in der »Sammelforschung« (p. 66 f.) eine tabellarische Zusammenstellung seiner Erfahrungen freundlichst zur Verfügung gestellt. Ausführliches und wichtiges Material bringt die Publikation in der Monatsschrift. Es sei hier auf dieselbe verwiesen. Brothers (New York) hat nochmals, an der Hand von 41 Fällen, einen wichtigen Beitrag geliefert, welcher bei anderer Gelegenheit analysirt werden soll. Er hält die Methode »after a year's conscientious trial« für eine werthvolle Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel. A. R. Simpson (Edinburg) hat durch seinen wirkungsvollen und eindringlichen Vortrag in der Obstetrical Society mit Erfolg das Interesse der englischen Gynäkologen für die Atmokausis — »these terms are being widely accepted« — wachgerufen. Simpson bringt, unter Verwerthung der Schlussfolgerungen des Verf., eine eingehende Darstellung der Leistungsfähigkeit der Methode, fügt eine objektive Schilderung der eigenen Erfahrungen an und gelangt zu dem Schlusse, dass weitere Forschung voraussichtlich seine Ansicht bestätigen wird, dass »..atmokausis will retain a permanent place among the curative measures at the disposal of the gynecologists«.

Utermann's fleißige Dissertation (Werth, Kiel) verdient viele Beachtung. Verf. bedauert nur, dass dem Autor die von uns schon auf dem Berliner Gynäkologen-Kongresse gezeigten Celluvertansätze noch nicht bekannt waren. Jetzt sind dieselben wohl überall, auch in Kiel, vertreten. Stapler, welcher durch seine klar geschriebene, portugiesische Monographie[8] die Methode in Süd-Amerika populär machte, hat sich neuerdings durch seinen Vortrag und seine Demonstrationen auf dem internationalen Kongresse zu Paris Verdienste um die Methode erworben, in so fern das schon vordem rege gewesene Interesse der Gynäkologen Frankreichs nicht un-

---

[2] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. Bd. XI.

[3] Amer. journ. of obstetr. and dis. of women and children Vol. XL. 1899. No. 4.

[4] Scotish med. and surg. journ. 1900. Juni.

[5] Inaug.-Diss., Kiel, 1900.

[6] Therapeutische Monatshefte 1900. No. 12.

[7] Sämmtliche Neuauflagen der Lehrbücher Schäffer's aus dem Verlage von J. F. Lehmann, München; ferner desselben Verf.: Handbuch der Prophylaxe Abth. 1, Theil 1, München, 1900. und: Neueste Methoden zur Bekämpfung akuter etc. Metrorrhagien, München, 1899.

[8] O vapor um novo remedio etc. São Paulo, 1899.

wesentlich vertieft wurde. Gleichzeitig stieg auch das Interesse der Fachgenossen Italiens. In Nord-Amerika, Belgien, Spanien und der Schweiz fand die Atmokausis schon 1898 Eingang, schon in demselben Jahre in Österreich weite Verbreitung. Vereinzelte Fachgenossen beschäftigen sich überall (Serbien, Griechenland, Rumänien und in fernen Ländern) mit der Methode. Mit besonderer Freude stellt Verf. fest, dass die Atmokausis trotz des Treub'schen Falles[9] gerade in Holland weite Verbreitung gefunden hat. Hoffentlich zeigt die Amsterdamer Klinik bald, welche Vortheile man bei richtiger Anwendung des Verfahrens erzielen kann. Dass die Methode sich in Russland schnell einbürgern würde, lag nahe. Neuerdings beschäftigen sich auch die Gynäkologen Dänemarks und Schwedens in steigendem Maße mit derselben.[10]

Von erheblicher Bedeutung für unsern Gegenstand war der Vortrag Stöckel's (Universitäts-Frauenklinik, Bonn) auf der Naturforscherversammlung zu Aachen, welcher in erweiterter Form im Decemberhefte der therapeutischen Monatshefte erschienen ist. Die werthvollen Anregungen des Autors, auch in technischer Hinsicht, verpflichten Verf. zu lebhaftem Danke. Unser Apparat hat auch in Bonn, wie Verf. schon in der Sammelforschung mittheilen durfte, durchaus »gut und sicher« funktionirt. Doch erschien es zum klinischen Gebrauche wünschenswerth, dass der zuführende Gummischlauch (0,75 m) verlängert wird. Desshalb wurden neuerdings wiederum Temperaturmessungen angestellt mit dem überraschenden Ergebnisse, dass der Gummischlauch bis zu 2 m verlängert werden kann, ohne dass die Temperatur nachweisbar beeinflusst wird.

Die Anordnung der Versuche war genau dieselbe wie früher.[11] Der Kessel muss höher stehen als das Operationsgebiet und so weit abgerückt werden, dass der Schlauch ziemlich gerade, wenigstens ohne erhebliche Ausbuchtung, bis zum Atmokauter verläuft, damit das Kondenswasser bequem abfließt. Der Schlauch wird schon beim Durchströmen des Dampfes vor der Anwendung genügend vorgewärmt. Wir erzielten in Bruchtheilen einer Minute (5—15 Sek.), bei Kesseltemperaturen von 112, 115 und 107°, Temperaturen in utero von 99—100°, ganz so wie früher beschrieben wurde. Sobald dann das mit Kupferdraht wohl befestigte Ableitungsrohr für wenige Sekunden (3—5) abgesperrt wurde, stieg die Temperatur in utero sofort auf über 100° (107° nach 5 Sekunden!). Es handelt sich also um geringfügige Differenzen, welche in praktischer Hinsicht vollkommen vernachlässigt werden können. Wir haben solche Versuche früher nicht angestellt, weil das Bedürfnis dazu nicht vor-

---

[9] Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 4.

[10] Anmerkung: Inzwischen ist auch eine Monographie von Prof. E. Berthold über die Verwerthung unserer Methode in der Rhinologie erschienen. Berlin, A. Hirschwald, 1900.

[11] Centralblatt für Gynäkologie 1900. No. 25.

zuliegen schien. Desshalb fühlen wir uns Stöckel sehr zu Danke verpflichtet. Denn es ist klar, dass die Technik nunmehr für klinische Zwecke wesentlich angenehmer sich gestaltet. Und erfreulich ist das unanfechtbare Ergebnis unser neuerlichen Untersuchungen schon desswegen, weil es keineswegs wünschenswerth ist, dass die Temperatur stets auf 120° erhöht wird, wie es von Stöckel konsequenterweise vorgeschlagen wird.

Dass selbst bei Temperaturen von 120° und mehr keine Gefahren zu fürchten sind, hat ja Verf. in München mit Absicht demonstrirt. Dennoch dürfte es besser sein, für gewöhnlich solche Temperaturen in der Praxis nicht zu verwerthen. Denn manche der Herren Mitarbeiter sind, wie aus den Publikationen und Briefen hervorgeht, wenig geneigt, den physikalischen Gesetzen — sich unterzuordnen!

Das kurze Gummirohr wurde hauptsächlich desswegen angeordnet, weil es wünschenswerth erschien, das Instrumentarium so einzurichten, dass man in dringenden Situationen ohne Assistenz fertig zu werden vermag. Nachdem nunmehr diese Frage experimentell klar gestellt ist, bietet sich für die Praxis keinerlei Schwierigkeit, entsprechende Anordnungen zu treffen. Für die Privatpraxis empfehlen wir auch ferner einen kurzen Schlauch (höchstens 1 m lang).

Verf. hat auch, namentlich, um den ihn besuchenden Herren die Anwendung ohne Assistenz bequem zeigen zu können, schon vor der Münchener Tagung den Kessel mit einem Stativ versehen lassen, ähnlich dem von Küstner[12] auf dem Berliner Kongresse für den Thermokauter gezeigten. Das Instrumentarium mit verstellbarem Stativ wurde in München demonstrirt. Seit 2 Jahren werden überhaupt die Kessel stets mit einem stark beschwerten Fuße geliefert, weil, wie Verf. es von jeher gelehrt hat, der Kessel bei der Anwendung auf einem Tischchen stehen soll. Einige dankenswerthe Vorschläge Torggler's, den Holzgriff durch einen solchen aus Metall zu ersetzen und die Nietungen am Griffe des Doppelhahnes unter das Niveau zu verlegen, sind, oder werden berücksichtigt. Im Übrigen wurde Nichts von Belang geändert. Nur hat der Fabrikant (Hahn & Löchel, Danzig) im Laufe der Zeit — es sind über 500 Apparate im Gebrauche! — mehr und mehr Erfahrung in der Herstellung erlangt, welche den Instrumenten zum Vortheile gereicht.

Noch ein Punkt sei an dieser Stelle schon berührt. In der Sammelforschung (p. 6, oben) schrieb Verf.: »Beim Zestokauter fügt man zweckmäßig einen möglichst engen Gummischlauch an«. Diese Worte sind mehrfach falsch verstanden worden, wie aus den Briefen zu ersehen ist. Es handelt sich natürlich um den Ableitungsschlauch, wie schon im Märzhefte der Volkmann'schen

---

[12] Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1899. Bd. VIII. p. 472.

Sammlung[13], dessen Kenntnis Verf. voraussetzen musste (Sammelforschung p. 2), erwähnt wurde. Diese Verengerung, also das Anfügen eines möglichst engen Gummischlauches, ist bei der Zestokausis empfehlenswerth, um möglichste Konstanz der Temperatur zu erzwingen.

Die Instrumente sind also, von unwesentlichen, die Konstruktion nicht berührenden Änderungen abgesehen, genau so geblieben, wie sie in München gezeigt wurden. Wesentliches wird auch bestimmt nicht mehr geändert werden, weil das Bedürfnis augenscheinlich nicht vorliegt. Die von Stöckel angeregte Verlängerung des zuführenden Schlauches bedeutet für klinische Zwecke eine wichtige Verbesserung.

Verf. war für jede Anregung dankbar und hatte es sich grundsätzlich zur Pflicht gemacht, nichts aprioristisch zu erledigen, sondern Alles zu prüfen, so weit es technisch möglich war.

Zu einem erheblichen Theile nur durch die rege Mitarbeit weiter Kreise der Fachgenossen ist es in ungewöhnlich kurzer Zeit erreicht worden, nicht nur, dass unser Instrumentarium zum integrirenden Besitzstande der Kliniken und beschäftigten Gynäkologen und Chirurgen gehört, sondern auch, dass die Atmokausis und Zestokausis zu typischen Heilmethoden ausgebildet werden konnten.

Zu lebhaftem Danke verpflichten uns auch die zahlreichen Anregungen, welche wir aus den kritischen Erörterungen Stöckel's hinsichtlich der Indikationen herauslesen. Es ist durchaus die Absicht des Verf., die Indikationen immer wieder mit ernster Selbstkritik zu prüfen. Es ist ihm, seitdem er begonnen hat zusammenfassend zu schreiben, durchaus nur noch um Vertiefung unseres Wissens über die Atmokausis zu thun.

Vor Allem sei wiederum, wie auch schon im Schlussworte der Sammelforschung, betont, dass das Verfahren ausschließlich dem Gynäkologen und Chirurgen gehört, dass es wenigstens vorläufig sich durchaus nicht für die allgemeine Praxis eignet. Wer die Atmokausis und Zestokausis in der Praxis verwerthen will, muss eine exakte, gynäkologische Diagnose stellen können und mit den Technicismen vollkommen vertraut sein. Man wolle dies ernstlich beherzigen! Seit 2 Jahren lag es dem Verf. ob, in allen Anfragen aus den Kreisen der Praktiker diesen Standpunkt zu vertreten und zu begründen!

In der Hand des Gynäkologen oder Chirurgen ist die Methode als ungefährlich zu bezeichnen, wenn alle die wiederholt vom Verf. beschriebenen Vorsichtsmaßregeln befolgt werden, welche aus vorsichtiger Anwendung in der Privatpraxis im Laufe eines Lustrums sich ergaben. Das bestätigen auch die Lehrbücher. Fritsch (l. c. p. 225) schreibt: »Die Atmokausis ist ungefährlich,

---

[13] Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 238. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1899. März.

schmerzlos und wirksam«. Fehling (l. c. p. 198) erwähnt nur einige leichte Fiebersteigerungen. Übrigens hatte Fehling den Verf. schon im vorigen Jahre (ad Centralbl. f. Gynäkologie 1900 No. 7) ermächtigt zu erklären, dass die Atmokausis in Halle ohne Nachtheil verwerthet wird! Verf. fühlt sich Häberlin[14] zu warmem Danke verpflichtet, wenn er die zusammenfassenden Arbeiten als »die Frucht mehrjähriger, unverdrossener und vorsichtiger Arbeit und Forschung auf einem neuen Gebiete der Therapie« bezeichnet. Gerade auf diese Momente legt Verf. Gewicht.

Wir lesen auch bei Stöckel Nichts von Gefahren, außer von dem — durchaus vermeidbaren — Kontakt bei Myom. Seitdem Verf. bei Myom nur noch Celluvertansätze empfiehlt[15], sind Kontakte und deren Folgen ausgeschlossen. »Die intra-uterine Dampfanwendung ist als ein durchaus rationelles, erprobtes und technisch gut durchgebildetes Verfahren anzusehen«, schreibt Stöckel. Entscheidend ist der folgende Satz (Sonderabdruck p. 5): »Die schnelle und prompte Blutstillung in derartigen Fällen (bei klimakterischen Blutungen, Verf.) berechtigt zu einer rückhaltlosen und unbedingten Empfehlung der Atmokausis als der sichersten und vor Allem der Curettage entschieden überlegenen Methode«. Ähnliches gilt von der Hämophilie (Stöckel, p. 6): »... wir empfehlen daher die Atmokausis unbedingt zur Stillung und Verhütung zu starker menstrueller oder klimakterischer Blutungen und sehen in ihr die einzige Methode, mittels derer man auf Hämophilie beruhende Uterusblutungen sicher beherrschen kann«. Dieser Satz wird lebhaft illustrirt durch die schönen Beobachtungen von Gummert und von v. Guérard (Sammelforschung p. 31).

Auch Utermann (Prof. Werth)[16] empfiehlt die Methode »bei den durch chronische Endometritis und Metritis bedingten klimakterischen Blutungen als eine werthvolle therapeutische Errungenschaft«, »indem sie nicht nur prompt blutstillend wirkt, sondern auch die Involution des metritischen Uterus in nicht verkennbarer Weise befördert«.

Das sind unanfechtbare, objektive Ergebnisse. Kein Gynäkologe ist mithin berechtigt, wegen unstillbarer, unkomplicirter, klimakterischer Blutungen (auch nicht wegen abundanten, postklimakterischen Fluors), besonders nach Versagen der Curettage, die Totalexstirpation vorzunehmen, ohne dass zuvor die Atmokausis versucht ist! Dies Ceterum censeo kehrt in allen bezüglichen Abhandlungen des Verf. wieder!

Es ist durchaus falsch und irreleitend, wenn vereinzelt in der Litteratur oder in Versammlungen gesagt wurde, dass die Methode

[14] Frauenarzt 1899. Hft. 8. p. 365.
[15] Sammelforschung p. 13. Abs. 4.
[16] l. c. p. 32.

komplicirt ist und nicht mehr leistet, als die bisher gebräuchlichen. Ein Blick in die innerhalb weniger Jahre bereits umfangreich gewordene Litteratur sagt das strikte Gegentheil, sowohl hinsichtlich der Technik, als auch der therapeutischen Leistungsfähigkeit. Niemand darf eine Methode, welche Heilung von Krankheiten bezweckt und welche von zuverlässigen Beobachtern empfohlen wird, voreingenommen beurtheilen. Verwerflich ist es, sie durch unbegründete Angriffe zu diskreditiren. Allerdings: Selbst die beste Waffe leistet nur in geschickter Hand Gutes.

Die Zahl der Fälle, in welchen die Atmokausis direkt lebensrettend wirkte, ist in stetem Wachsen begriffen. Stoeckel fügt einen neuen Fall hinzu. Dass Verf. das Wort »lebensrettend« hier mit wohlerwogener Kritik verwerthet, wird wohl von Niemand bezweifelt werden! Alle diese Fälle, von welchen die Rede ist, sind so zu interpretiren, dass die betreffenden Kranken ohne Atmokausis rettungslos verloren gewesen wären. Alle bekannten therapeutischen Hilfsmittel hatten versagt, oder ihre Anwendung war unthunlich aus Gründen, welche vom objektiven Zustande der Kranken abhängig waren. Das sind ernste Mahnworte. Es ist Pflicht des Einzelnen, unanfechtbare, wissenschaftliche Thatsachen zu berücksichtigen.

Vor mir liegt der mir freundlichst zur Verfügung gestellte Brief eines hochgestellten klinischen Lehrers an einen wissenschaftlich geschätzten Fachgenossen: »Wenn behauptet wird, dass unsere bisherigen Methoden ausreichen, so entspricht das nicht der Wahrheit«; und: »wenn wir mit der Atmokausis Totalexstirpationen wegen Blutungen umgehen können, so ist das doch etwas Großes!«

Es sei gestattet, auf drastische eigene Beobachtungen hinzuweisen, welche theils in den Verhandlungen des Berliner Gynäkologenkongresses[17], theils in der Sammelforschung (p. 32 f.) veröffentlicht wurden. Man denke sich in folgende Situation hinein: Alles bisher Geläufige ist versucht; man ist entschlossen, die Totalexstirpation zu machen; man versucht zuvor die Atmokausis —: Ohne Narkose und ohne Schmerzen zu machen, gelingt es nicht selten in Bruchtheilen einer Minute, die bedrohlichen Erscheinungen dauernd zu beseitigen. Und wenn der Erfolg ausbleibt — es kommt nur bei degenerirtem Uterus vor —, so ist Nichts verloren, wohl aber Viel gewonnen, weil die Blutung stets etwas geringer geworden ist, so dass die Pat. zur Totalexstirpation Kräfte sammeln konnte. Zuweilen ist auch die »sekundäre« Abrasio, wenn nach Abheilung der Atmokausiswunde die Blutungen wiederkehren, erfolgreich, während die »primäre« vollkommen versagte!

Ähnliche Sätze wagte Verf. nicht ohne Zagen vor mehreren Jahren niederzuschreiben, als er noch auf sich selbst gestellt war. Es ist ihm eine herzliche Freude, zu sehen, dass nicht nur seine

[17] Bd. VIII 1899. p. 512.

Mahnungen beachtet, sondern dass auch seine Beobachtungen voll und ganz bestätigt werden.

Hinsichtlich der Indikationen bekennen wir rückhaltslos, dass wir, in der Absicht Unnöthiges zu vermeiden, wesentlich kritischer als früher vorgehen. Wir betrachten jetzt in der Privatpraxis die Atmokausis vielfach als ein ultimum refugium, welches angewandt werden soll, wenn einfachere Verfahren versagen. Es genügt, festzustellen, dass es solche Situationen in der Praxis in reichlicher Menge giebt: es liegt mithin ein Bedürfnis für die Atmokausis vor. Das wurde in der Sammelforschung eingehend begründet. Das Bedürfnis wird auch von allen Mitarbeitern anerkannt.

Dieses Moment allein genügt, immer wieder zu verlangen, dass die Atmokausis Gemeingut aller Gynäkologen werde, eben so wie es die Curette geworden ist. Alle die alltäglich in der Praxis zur Beobachtung gelangenden Fälle von Endometritis etc., sie sind schließlich auch auf andere Weise, wenn auch oft langsamer, beeinflussbar oder heilbar. Bei allen hartnäckigen Formen, welche auch nach der Curettage und der entsprechenden Nachbehandlung recidiviren, ist die Atmokausis indicirt. Die Curette ohne Nachbehandlung ist schwerlich als Heilmittel anzusehen. Anders die Atmokausis.

Die Atmokausis wird in den meisten Fällen mehr nützen, als die Curette, besonders wenn man, wie Verf. stets hervorgehoben, vor der Anwendung die Schleimhaut sorgfältig reinigt. Eine bezügliche Diskussionsbemerkung Cramer's[18] in Aachen ist von Wichtigkeit.

Der Vorschlag Stoeckel's, nur in dringenden Fällen, bei Blutung, forcirt zu erweitern und im Übrigen mehr von der Laminaria Gebrauch zu machen, muss beachtet werden. Wenn nach der Abtastung sofort die Atmokausis gebraucht werden soll, muss man den Cervixschutz mit Drainrohr verstärken, falls man es nicht vorzieht, auch annähernd fingerstarke Celluverthüllen aus der Fabrik vorräthig zu haben. Auf Wunsch werden alle Stärken angefertigt. Handelt es sich um einen muskelkräftigen Uterus, so bedarf es kaum der Verstärkung. Das merkt man im Momente des Einströmens. Zieht sich der Uterus nicht zusammen, so muss sofort unterbrochen werden, bis der Cervixschutz entsprechend verstärkt ist. Alles dies kann man viel exakter beobachten, wenn keine Narkose gebraucht wird.

Auch Stöckel erklärt es für »durchaus richtig«, nicht zu narkotisiren, wenn nicht besondere, äußere Umstände vorliegen. Eben so Fehling (l. c. p. 198). Das ist ein Faktor von wesentlicher, praktischer Bedeutung. Denn dadurch gerade werden die betreffenden Krankheitsfälle der ausgebluteten Frauen der Klimax, auch bei degenerirtem Herzen, dieser erfolgreichen Therapie besonders leicht zugänglich.

---

[18] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. Bd. XII. Hft. 4. p. 516.

Stoeckel betont auch die erhalten gebliebene Kontraktilität des Uterus als wichtig zum Erfolge. Dieser Faktor war dem Verf. in dem Grade aufgefallen, dass er Veranlassung nahm, in der Sammelforschung (p. 29) folgenden »Lehrsatz« niederzuschreiben: »Der Erfolg nicht nur, sondern auch die Dauer der Heilung (Schorflösung) geht proportional zur Stärke und Dauer der Kontraktion des Uterus. Nachblutungen treten nur auf, wenn die Kontraktion eine mangelhafte oder ganz ausgeblieben ist.« Verf. legt desshalb solch Gewicht auf die Kontraktilität, weil nur dann die Einwirkung des Dampfes eine nachhaltigere, gleichmäßigere ist, schon, weil nur so die Involution des Uterus garantirt wird. Er ist sich wohl bewusst, dass er damit gleichsam in Widerspruch kommt mit der Beobachtung, dass die Methode gerade bei klimakterischen Blutungen sich bewährt hat. Allein, wir vermögen die Stichhaltigkeit dieses Einwurfs nicht anzuerkennen, da kritisch gesichtete Beobachtungen der Praxis mit zwingender Logik die Richtigkeit obigen Lehrsatzes ergeben. Augenscheinlich nur dann handelt es sich bei den uns beschäftigenden, klimakterischen Blutungen um vollendete Muskeldegeneration oder Atheromatose, wenn die Atmokausis erfolglos bleibt. Die Erfolglosigkeit der Therapie ermöglicht hier eine anatomische Diagnose!

Mit Rücksicht auf diese, allerdings relativ seltenen Fälle hat Verf. es sich zur Regel gemacht, wenn die Kontraktion ausbleibt, die Frauen darauf aufmerksam zu machen, dass das Endergebnis zweifelhaft ist, und dass wahrscheinlich eine Wiederholung stattfinden muss. Weil diese Vorsicht früher versäumt wurde, sind uns einige Frauen fortgelaufen, um theils in andere Hand überzugehen, theils nach mancherlei Irrfahrten Zwecks Wiederholung der Atmokausis zu uns zurückzukehren. Es gelang dann bisher in allen Fällen, da die Kontraktilität nur herabgesetzt war, durch 2- und 3malige Anwendung der Atmokausis dauernde Erfolge zu erzielen. Darüber soll später im Zusammenhange berichtet werden.

»Es wäre durchaus unrichtig, von Misserfolg zu sprechen, wenn nach der ersten Sitzung die Blutungen nicht gleich in der gewünschten Weise abnehmen.« Diese Worte Stoeckel's sind der pulsirenden Praxis entnommen. Er liefert einen drastischen Beleg dafür (l. c. p. 5). Bleibt der Uterus dauernd schlaff und weich, so versagt das Verfahren. Auch die Obliteration gelingt dann nicht. In diesen vereinzelten Fällen wird die Totalexstirpation nicht umgangen. In wie fern auch oophorogene Blutungen hierbei in Frage kommen, kann an der Hand eigenen Materials nicht entschieden werden.... »in derartigen gewiss seltenen Fällen wird die Totalexstirpation auch weiterhin als die ultima ratio anzusehen sein« (Utermann, p. 33).

Zur Nachbehandlung bei putridem Abort verwerthen wir die Atmokausis seltener, weil wir uns seit Längerem überzeugt haben, dass sie in der Mehrzahl der Fälle nicht unbedingt nothwendig ist.

Wir empfehlen sie nur dann, wenn nach der gründlichen Ausräumung Fieber oder Blutung noch andauert. Bei Blutungen nach Abort ist das Verfahren nur indicirt, wenn bei der Abtastung sich das Cavum als leer erweist und die Ursache der Blutung in der Endometritis zu suchen ist, welche wie Heuck[19] u. A. bewiesen haben, eine erhebliche Rolle in der Ätiologie des Abortus spielt. Man beseitigt in diesen Fällen, wie schon in der ersten bezüglichen Abhandlung gesagt wurde, zugleich mit der Blutung auch die Ursache des Abortus.

Wir empfehlen jedoch in diesen Fällen die Methode eigentlich weniger wegen der Blutung, welche man schließlich meist auch auf andere Weise stillen könnte, als vielmehr wegen der ausgezeichneten Involution, welche selbst nach nur ganz kurz dauernder Anwendung der Atmokausis bei jugendlichen Frauen mit muskelkräftigem Uterus zu folgen pflegt. Man wolle dies beachten. Es sind jene Fälle, von welchen wir in d. Bl. 1899 No. 4 u. Ther. Monatsh. 1898, Oktober, Beispiele anführten. Eine kurz dauernde, technisch richtig ausgeführte Atmokausis ist als ein mildes intra-uterines Verfahren anzusehen, welchem an nachhaltiger Wirkung nichts Ähnliches an die Seite zu stellen ist. »Ante conceptum crassefacere oportet et uterum siccare ac roborare«, sagt schon Caesalpinus in seiner Praeservatio ab abortu[20]. Das erreichen wir am einfachsten mit der Atmokausis.

Bei septischer, puerperaler Endometritis, **sofort** angewandt, ist das Verfahren vorläufig durch nichts gleichwerthig zu ersetzen. Jedenfalls ist es der Curette überlegen, schon weil es ungefährlicher ist; auch erscheint es rationeller als diese. Mit vollem Rechte tadelt Stoeckel, dass gerade in der Diskussion über Atmokausis putrider Abort und septische Endometritis vielfach zusammengeworfen werden. Das ist allerdings unrichtig. Auch Verf. fühlt sich getroffen! Eine lesenswerthe Abhandlung über diese Angelegenheit hat kürzlich C. Fürst[21], Graz, dem Verf. zugesandt. Auch die Atmokausis wird eingehend besprochen. Es will uns scheinen, dass seine Stellungnahme die richtige ist; ein abschließendes Urtheil ist noch nicht möglich, doch dürfte der Methode gerade in einzelnen Fällen von septischem Abort ein bleibender Werth zukommen — vorausgesetzt, wie Verf. hinzufügen möchte — wenn die Methode im Beginne der Affektion angewandt wird.

Bei Myomblutungen (submuköse und polypöse Formen sind ausgeschlossen!) bleibt die Atmokausis ein nicht selten erfolgreicher Versuch, welcher unbedingt indicirt ist, wenn radikale Operationen abgelehnt werden oder wegen bedrohlicher Herz-

---

[19] Festschrift für Carl Ruge, Berlin, 1896. Beitrag XIV.

[20] Κατόπτρον a. 1605, Lib. VIII. p. 610.

[21] Die Behandlung der Fehlgeburt, Wien, 1900. Auch: Ärztliche Centralzeitung 1900. No. 2—4. Vgl. auch O. Beuttner, Wiener Klinik 1900. No. 5. Mai: Zur Behandlung des unvollständigen Abortus etc.

degeneration ungewöhnlich gefahrvoll (Narkose) erscheinen. Relativ indicirt ist sie vor jedem radikaleren Eingriffe, so lange nicht besondere Größe der Tumoren deren vollständige Entfernung nothwendig oder wünschenswerth macht.

Stoeckel schreibt: »Es ist schwer einzusehen, warum ein einmaliger Reiz, selbst ein so kräftiger, wie der hochgespannte Dampf, die Myomentwicklung dauernd beeinträchtigen soll.« Mit denselben Erwägungen traten auch wir seiner Zeit an die Frage heran. Wir suchten die sichere klinische Beobachtung, dass ein Myom kleiner werden und selbst verschwinden kann, und dass wiederholt eine dauernde, feste Kontraktion sich nach der Atmokausis einstellte, auf folgende Weise zu erklären: Durch die Atmokausis wird ein intensiver Reiz ausgelöst, es folgt in Folge der Hitzewirkung eine starke Kontraktion und weiter eine erhebliche Succulenz des Gewebes; der consecutive, starke Fluor und die aufquellenden, an der Granulationszone sich auflockernden Massen wirken als Fremdkörper, welche den Reiz immer von Neuem auslösen. Nur so ist es möglich, dass, wie in der Litteratur berichtet wird (Sammelforschung p. 42 und Utermann p. 31), ein Myom aus dem Uterus herausgepresst wird (Myomgeburt). Der Uterus befindet sich unter ähnlichen anatomischen und histologischen Verhältnissen, wie im Puerperium. Je besser und fester der Uterus im Puerperium sich kontrahirt, desto schneller und vollständiger ist die Involution. So auch hier. Ischämische Degeneration, ischämischer Muskelschwund ist die nothwendige Begleiterscheinung und Folge.

Ganz ähnliche Vorgänge sehen wir, wenn die Atmokausis bei metritischen Processen angewandt wird. Hier sehen wir in der Mehrzahl der Fälle eine erhebliche Verkleinerung des Uterus, wie Verf. oft betont hat. Das finden wir auch bei Utermann bestätigt. Auch dieser Autor nennt die Konsistenz des Uterus nach der Atmokausis, wie früher der Verf., »steinhart«.

Sehr richtig sagt O. Schäffer (Neueste Methoden etc. p. 10) ganz allgemein von der Wirkungsweise der Atmokausis: »Gleichzeitig wird eine lebhafte Kontraktion des bis dahin schlaffen und kongestiven Organes ausgelöst; dieselbe hält merkwürdigerweise an, so dass eine förmliche ‚Umstimmung' nicht nur des Endometriums, sondern auch des ganzen Organes erzielt wird, und hierin liegt meiner Ansicht nach nächst der Blutstillung der Hauptwerth des Verfahrens!«

Nimmt man bei Myom, wie Verf. es empfohlen, die Celluvertansätze, so sind Kontakte ausgeschlossen; lässt man zwischendurch bei der Anwendung für 2, 3, auch 5 Sekunden den Dampfstrom an der Mündung des metallenen Ableitungsrohres absperren, nachdem man das Gummirohr mit Kupferdraht fest gesichert hat(!), so drängt der Dampf mit hoher Temperatur, großem Druck und erheblicher Expansionskraft in den Uterus hinein, so dass die Dampfwirkung überall zur Geltung kommt.

Dabei ist es als ganz selbstverständlich vorausgesetzt, dass der Uterus nach allen Richtungen hin absolut frei beweglich ist. Ist eine Ecke des Uterus fixirt oder sind die Adnexe krank, so leidet darunter auch oft gleichzeitig die Kontraktilität des Uterus. Beides sind also komplementäre Momente, welche, wie auch Stoeckel bestätigt, von erheblicher Wichtigkeit für unsere Frage sind. Wenn Verf. also grundsätzlich die Atmokausis bei kranken Adnexen unterließ und widerrieth — von einigen, wenigen Fällen mit vitaler Indikation abgesehen! — so dachte er nicht etwa nur an die a priori zu fürchtenden Gefahren, sondern sehr wesentlich auch an die Unsicherheit des Erfolges in Folge mangelhafter Kontraktion! Das soll später anatomisch bewiesen werden.

In allen diesen Fällen war es zunächst unsere Sorge, als Vorbereitungskur die Belastungslagerung[22] mit ihren Kombinationen anzuwenden. Wir werden demnächst darüber berichten. Dann erst kam die Atmokausis. Und wenn weitere Behandlung aus äußeren Gründen unmöglich war, so verordneten wir mit vielem Nutzen das von M. Freund in Frankfurt a/M. angegebene und in die Gynäkologie eingeführte Stypticin, welches gerade in den, mit Adnexaffektionen komplicirten Uterusblutungen allen bekannten internen Hämostypticis bei Weitem überlegen ist. Wir haben das Stypticin desswegen besonders schätzen gelernt, weil es auch nach unseren Beobachtungen keine Kontraktionen des Uterus auslöst. Das Medikament füllt eine Lücke aus und verdient weiteste Verbreitung.

Verf. ist jetzt noch vorsichtiger bei der Anwendung der Atmokausis wie früher. Denn es ist ihm nur darum zu thun, das absolut Gesicherte festzuhalten, um so der Methode den ihr gebührenden Platz im gynäkologischen Heilschatze **dauernd** zu erobern. Dies gilt auch von der Zestokausis. Auf wiederholte Anfragen, namentlich aus dem Auslande, sei es gestattet bei dieser Gelegenheit zu sagen, dass die Zestokausis vor März 1898 (Centralblatt für Gynäkologie 1898. No. 10) zwar noch nicht in unserer Fachlitteratur existirte, dass jedoch die Anregung, diese Modifikation der Atmokausis zu gestalten und zu entwickeln, auch lediglich auf den genialen schöpferischen Gedanken Snegirew's sich stützte.

Das Verdienst Snegirew's, auf die hämostyptische Wirkung des heißen Wasserdampfes aufmerksam gemacht zu haben, bleibt unvergänglich bestehen, wenn auch die von ihm improvisirte »Vaporisation« wegen der ihr anhaftenden, technischen Unvollkommenheiten und der konsekutiven, bedenklichen Gefahren (Cervixstenosen!) keine Verbreitung gewinnen konnte. Verf. erfüllt eine Pflicht aufrichtiger, herzlicher Dankbarkeit, wenn er auch an dieser Stelle des hervorragenden Mannes gedenkt, welcher nunmehr, nach ungewöhn-

---

[22] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1898. Bd. XXXIX. Hft. 3. Auch Festschrift zu H. Abegg's 50jährigem Doktorjubiläum.

lich erfolgreicher Lehrthätigkeit, als Emeritus sich vom öffentlichen Leben zurückzieht!

Die Zestokausis ist nicht gleichwerthig mit der Atmokausis, wenn auch, wie Olshausen[23] zutreffend hervorhebt, ein principieller Unterschied nicht besteht. Der Zestokauter soll den Thermokauter eigentlich nicht ersetzen, er stellt nur eine milde Form des letzteren dar. Wir wollen ihn desswegen an der Portio und namentlich im Cervicalkanale und im Cavum corp. uteri verwenden, weil man Narbenbildungen besser vermeiden kann, als mit dem Paquelin. Das ist wichtig. Weiter stellt der, bis zur Spitze mit Gummidrain isolirte Zestokauter die erste Vorrichtung in dem gynäkologischen Instrumentarium dar, welche eine lokalisirte Ätzung an einzelnen Stellen der Wand, z. B. an den Tubenecken, gestattet. Die Ätzung mit Chemikalien bleibt nie lokalisirt.

Die Methode hat sich, wie schon aus der Sammelforschung hervorgeht, durchaus bewährt. Auch hat sie ihre Probe in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie bestanden. Richtig angewandt ist sie ungefährlich und bequem zu handhaben. Odebrecht[24] sagte bei der Demonstration....: »Die Wirkung (der Zestokausis, Verf.) ist also die des erhitzten Metalles, wie beim Paquelin, nur eine schwächere. ... Sie empfiehlt sich ausgezeichnet zur Behandlung von Cervixkatarrhen, an Stelle eines chemischen Causticums.... Diese dünne Röhre lässt sich leicht einführen und leicht hin und her bewegen, um erst an der einen und dann an anderen Stellen zu wirken. Man sieht, wie die Flüssigkeiten gekocht werden durch die Hitze.«

Wir haben die Zestokausis, und nur diese, wiederholt auch zur Behandlung der Dysmenorrhoe verwerthet (s. auch Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 4). Selbstverständlich kamen nur solche Formen von Dysmenorrhoe zur Behandlung mit diesem Agens, welche als unkomplicirte Endometritis dysmenorrhoica aufzufassen waren. Und selbstverständlich suchten wir uns (s. Sammelforschung p. 34 ff.) vor falschen Schlussfolgerungen möglichst zu schützen. Nur dann wurde das Ergebnis verwerthet, wenn wiederholte Kontrolluntersuchungen — auch Dilatation allein — vorausgegangen waren, wenn die Dilatation minimal war, oder ganz unterbleiben konnte. Die flüchtige Hitzewirkung — wir empfehlen ausnahmslos nur 2—4 Sek. 115° — wirkt anästhesirend auf das überempfindliche Endometrium. Denn in allen 11 Fällen, welche zur Berichterstattung verwerthet werden, bestand vor der Anwendung Sondenempfindlichkeit, nach der Abheilung nicht mehr!

In einzelnen dieser Fälle mit Sondenempfindlichkeit muss man die Dysmenorrhoe zweifellos als ein Symptom von Hysterie an-

---

[23] Sitzung der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie vom 8. Dec. 1899. Bericht: Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 1900. Bd. XLII. Hft. 2. p. 368 ff, spec. p. 377.

[24] S. ad 23) p. 372.

sehen. Desshalb gingen wir wohl nicht fehl, wenn wir im Hinblicke auf das ganz ungewöhnliche, therapeutische Agens, welches, wie man aus ihren staunenden Blicken auf den brodelnden und zischenden Kessel unschwer erkannte, den hysterischen Patientinnen ausnahmslos gewaltig imponirte, noch eine Fehlerquelle notirten: »Suggestion bei Hysterie«. Es muss für solche Frauen doch ein erhebendes Gefühl sein, »innerlich gekocht« zu werden. Das wäre dann zwar kein exakter, wohl aber ein annehmbarer, spekulativer Erfolg. Denn der Endzweck der Medicin ist: Kranke zu heilen!

Auch hinsichtlich der Verwerthung der Methode bei Gonorrhoe möchte Verf. heute seinen Standpunkt klarstellen. Von einer Verwerthung bei akuter Gonorrhoe darf schon wegen der Dilatation vorläufig gar keine Rede sein, es sei denn, dass man sich entschlösse, ohne zu dilatiren, nur das dünne, bis zur Mündung nur mit dünnem Gummirohr überzogene Zuführungsrohr, welches so armirt nicht stärker ist als eine Uterussonde, in den Uterus einzuführen und einen Dampfstrom zunächst mehrmals wiederholt für einige Sekunden hineinzuleiten. Dies Verfahren wäre doch wesentlich schonender und vorsichtiger und jedenfalls a priori rationeller, als die von Prowe[25] empfohlene Abrasio!

Bei der chronischen Gonorrhoe des Endometrium corporis uteri hat sich die Atmokausis, in der Cervix die Zestokausis, bewährt. Aber auch hierbei brauchen wir stets außerordentliche Vorsicht: Zeigen sich bei der Anwendung Schmerzen, so wird der Dampfstrom sofort unterbrochen, weil Schmerzen auf Komplikationen in den Adnexen hindeuten, selbst wenn solche nicht erkennbar sind (s. Sammelforschung). Übrigens sind Fälle chronischer Gonorrhoe ohne Adnexkomplikation in der Privatpraxis nicht so selten, wie man nach der klinischen Erfahrung schließen möchte. Das kommt wohl daher, weil der größte Procentsatz aller in der Privatpraxis zur Beobachtung gelangenden, gonorrhoischen Infektionen solche mit abgeschwächter Virulenz sind. Vielleicht rührt eben daher der gute Erfolg. Denn es ist wahrscheinlich, dass solche Keime nicht so tief ins Gewebe und die Drüsen einzudringen vermögen, so dass die speciell für die Gonokokken deletäre Hitzewirkung ausgiebig zur Ausnutzung gelangt. Allein, mag man den Erfolg erklären wie man will, jedenfalls bleibt die Thatsache als solche bestehen (s. auch v. Steinbüchel l. c. und Sammelforschung).

Gern benutzt Verf. diese willkommene Gelegenheit, allen Förderern seiner Bestrebungen wärmsten Dank zu sagen. Mit besonderem Danke sei die Thatsache vermerkt, dass wohl alle namhaften Gynäkologen die Methoden einer Nachprüfung für werth erachtet haben. Das dürfte der beste Beweis dafür sein, dass ein wirkliches Bedürfnis für dieselben vorliegt.

---

[25] Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg, Sitzung vom 7. November 1899. Centralblatt für Gynäkologie 1901. No. 3. p. 82.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

245. Sitzung am 18. Oktober 1900.

Vorsitzender: Herr J. Schramm; Schriftführer: Herr Buschbeck.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit einem Nachrufe auf die beiden verstorbenen Mitglieder Herren DDr. Bode und Brosin, zu deren Ehren sich die Anwesenden von ihren Sitzen erheben.

Tagesordnung:

I. Herr Leopold: Beitrag zur künstlichen Frühgeburt.

(Das Thema wird von Dr. Schoedel im Archiv für Gynäkologie ausführlich behandelt werden.)

II. Herr Schmorl bespricht an der Hand von Präparaten 5 Fälle von Melaena, die er im Laufe der letzten Monate am Sektionstische beobachtet hat. Bei 2 Fällen ließ der Intestinaltractus keine Abnormitäten bei der Untersuchung mit bloßem Auge erkennen. Mikroskopisch ließ sich eine nicht unbeträchtliche fettige Degeneration der Wand der kleinen Blutgefäße nachweisen; ob dieselbe Ursache oder Folge der Blutungen ist, lässt sich nicht entscheiden. Die bakteriologische Untersuchung fiel negativ aus. Bei 2 anderen Fällen von Melaena lagen Geschwüre im Magen und Dünndarme vor. Die Pathogenese solcher Geschwüre ist noch keineswegs klargestellt. In dem einen Falle, bei dem sich in Menge multiple Geschwüre neben punktförmigen Blutungen fanden, ließ sich nachweisen, dass die Geschwüre aus Blutungen hervorgingen; die Ätiologie der letzteren blieb aber dunkel.

Bei dem anderen Falle, bei dem ein linsengroßes Dünndarmgeschwür vorlag, war es wahrscheinlich, dass dasselbe sich im Anschlusse an die Thrombose eines kleinen Arterienastes entwickelt hatte.

In einem 3. Falle endlich war die Krankheit auf eine Infektion mit Bact. coli zurückzuführen. Hier fand sich eine eitrige Entzündung des Ductus choledochus, welche auf die Umgebung desselben und auf die Pfortader übergegriffen hatte. In letzterer war es in Folge der Entzündung der Wand zur Thrombose gekommen, die ihrerseits wieder zu einer hämorrhagischen Infarcirung des Dünndarmes und zu einer enormen Blutstauung im Magen geführt und dadurch zu Blutungen in den Intestinaltractus Veranlassung gegeben hatte. Es hat hier also eine Invasion des Bact. coli, das sowohl im Eiter des Ductus choledochus als auch im Blute gefunden wurde, vom Darme aus stattgefunden. Die Allgemeininfektion ist von dem in der Pfortader liegenden Thrombus ausgegangen.

S. demonstrirt ferner ausgedehnte Blutungen in die Nebennieren neugeborener Kinder. Bei 2 Fällen waren diese Blutungen, welche doppelseitig gefunden wurden und zu einer vollständigen Zerstörung der Marksubstanz und des größten Theiles der Rinde der Nebennieren geführt hatten, die einzigen nachweisbaren Veränderungen; bei einem 3. Kinde fand sich außerdem noch eine Unterlappenpneumonie. S. hält es für sehr wahrscheinlich, dass durch diese Blutungen der Tod der betreffenden Kinder verursacht worden ist, da durch sie die Funktion der Nebennieren größtentheils aufgehoben wird; er weist auf die eigenthümlichen Beziehungen der Nebennieren zum Großhirn bei Hemicephalen und Anencephalen hin, auf welche Weigert zuerst aufmerksam gemacht hat, und demonstrirt dem entsprechende Präparate.

Die Ursache der Nebennierenblutung bei Neugeborenen ist noch nicht aufgeklärt. Dr. Fiedler, welcher diese Blutungen zuerst beschrieben hat, ist der Ansicht, dass sie in Folge einer Verfettung der Wand kleinster Blutgefäße entstehen. Es kann aber zweifelhaft sein, ob letztere nicht vielmehr erst die Folge der gerade im Fiedler'schen Falle sehr ausgedehnten Blutung war.

Drittens demonstrirt S. einen Fall von angeborener Atresie der Speiseröhre und bespricht die Pathogenese dieser Missbildung.

Endlich theilt er einen Fall mit, bei dem trotz 30stündigen Lebens und lauten Schreiens bei einem Neugeborenen vollständig luftleere, atelektatische Lungen bei lufthaltigem Magen-Darmkanale gefunden wurden. Das betreffende Kind war $1^1/_2$ Monate zu früh geboren, hatte Anfangs gut geathmet und auch geschrieen, später war die Athmung allmählich erlahmt. S. unterzieht die verschiedenen Ansichten, welche über das Zustandekommen dieser Atelektase aufgestellt worden sind, einer Besprechung und schließt sich der von Ungar gegebenen Erklärung an.

III. Herr Albert: Über ein kolossales Uterusmyom nebst Bemerkungen über Gelatine-Injektion bei inneren Blutungen.

Am 30. August d. J. kam eine 36jährige Webersfrau in die Frauenklinik. Sie hatte von 1888—92 3 normale Geburten, und 1894 und 1895 je eine Frühgeburt im 7. Monate durchgemacht. Nach der letzten Frühgeburt will sie bemerkt haben, dass der Leib ziemlich stark aufgetrieben blieb und in der Folgezeit immer stärker wurde. Seit einem halben Jahre nähme der Leibesumfang sehr schnell zu, Füße und Beine schwöllen immer mehr an. Es stelle sich Athemnoth und große Mattigkeit ein. Dabei leide sie seit einem halben Jahre an fortwährendem Durchfalle und quälendem Harndrange. Seit der letzten Frühgeburt im Jahre 1895 waren die Menses unregelmäßig und sehr stark. Status praesens: Ziemlich große, außerordentlich magere Person, sehr anämisch, Zwerchfell und Brustorgane weit in die Höhe gedrängt. Leibesumfang 112 cm in Nabelhöhe; der Leib ist ziemlich gleichmäßig aufgetrieben durch einen fast kugelrunden Tumor, welcher sich an einigen Stellen prall elastisch, an anderen derb, solide anfühlt. Er ist im Ganzen nur wenig beweglich und scheint besonders an der rechten Bauchwand adhärent zu sein. Per vaginam fühlt man die Portio sehr hoch stehend, etwas mehr nach hinten gerichtet, kann aber sonst nichts von Uterus und Adnexen feststellen. In Anbetracht der hochgradigen Schwäche der Pat. wird auf eine Untersuchung in Narkose verzichtet und die Diagnose gestellt auf multilokuläres, zum größten Theile maligne degenerirtes Ovarialkystom. Bei der Laparotomie, welche der Vortr. am 3. September machte, sah man sogleich, dass es sich um einen einzigen soliden Tumor handelte, welcher aus dem kleinen Becken bis dicht an die Leber emporstieg. Die Verbindungen des Tumors mit der rechten Bauchwand waren außerordentlich derb und führten starke, bis kleinfingerdicke Gefäße. Schrittweise von unten nach oben vorgehend gelang es nach anderthalbstündiger Arbeit und nachdem der Leibschnitt mehrere Male nach oben verlängert worden war, den Tumor hervorzuwälzen. Jetzt sah man, dass er vom Uterus und zwar von dessen rechter hinterer Wand ausging und im Wachsthum das rechte Parametrium bis an die Leber mit in die Höhe genommen hatte. Nun wurde der Uterus, welcher koncentrisch vergrößert war, frei gemacht, eine elastische Ligatur in der Gegend des inneren Muttermundes gelegt und das Ganze nach Porro abgetragen und der Stumpf in die Bauchwand eingenäht. Der Blutverlust war kein bedeutender, doch ließ der Vortr. der Pat. prophylaktisch 750 ccm Kochsalzlösung subkutan infundiren. Fester Kompressivverband. Der Tumor wog $29^1/_2$ Pfund, war durchaus solide und stellte sich mikroskopisch als Fibromyom mit beginnender Nekrose im Inneren dar. Sarkomatöse Entartung konnte nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Die Kranke erholte sich verhältnismäßig gut, sie bekam täglich öfters Kochsalzinfusionen, der Puls blieb um 100, die Temperatur erreichte einmal 38,1. Am 6. Tage wurde zum 1. Male der Verband entfernt, die Wunde war reaktionslos, der Leib weich. Erneuter Kompressivverband, da der Vortr. immer noch eine parenchymatöse Darmblutung fürchtete, wie sie nach Entnahme großer Massen aus der Bauchhöhle vorkommen kann. Die Wunde heilte per primam. Die Pat. erholte sich sichtlich, da trat am 16. Tage nach der Operation das ein, was wir so lange Zeit nach der Operation nicht mehr für möglich gehalten hätten — die Darmblutung. Es gingen zunächst reichliche schleimige Stühle ab, der Puls stieg bis auf 140. Die Kranke sah anämisch aus, die Stühle waren blutig, immer reichlicher, der Puls wurde kaum fühlbar und die Kranke verfiel. Kochsalzinfusionen, Kamphorinjektionen schienen ohne Erfolg, und der Vortr. entschloss

sich zum Letzten, zur subkutanen Gelatineinjektion. Zunächst wurden 100 ccm einer Gelatinekochsalzlösung 10:6:1000 injicirt, nach 6 Stunden 50 ccm und dies noch 2mal wiederholt. Die blutigen Stühle verschwanden, die Pat. genas und konnte 4 Wochen nach der Operation das Bett verlassen. (Vorstellung der Pat.) Zum Schlusse möchte der Vortr. betonen: man halte bei ähnlichen Operationen Gelatinelösung zur Injektion bereit und injicire sofort bei den ersten Zeichen von Hyperämie der Darmschleimhaut, Abgang von schleimigen Massen per rectum, ein Zeichen, welches der Vortr. nicht früh genug gewürdigt hatte, 100 ccm der oben beschriebenen Gelatinelösung und wiederhole die Injektiou nach Bedarf. Man kann nach Lancereaux (Paris) bis zu 250 ccm auf einmal anwenden und bis 50 ccm 6stündlich folgen lassen. Ein Verabreichen von gelatinehaltigen Speisen, wie dies neuerdings empfohlen wurde, hält der Vortr. für durchaus zwecklos, da ja die Gelatine durch die Magenverdauung verflüssigt wird und desshalb ihre specifische Wirkung — die Erhöhung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes — verloren geht.

IV. Herr Schramm: Blasen-Scheidenfisteloperation und Harnröhrenplastik, mit Vorstellung eines geheilten Falles.

S. stellt eine 40 Jahre alte Frau vor, die 8mal geboren und bei ihrer letzten Entbindung von Zwillingen, vor ca. 2 Jahren, eine große Blasen-Scheidenfistel erlitten hatte. Wegen falscher Lage des 2. Kindes war dasselbe vom Arzte zerstückelt worden, wobei ein großer Einriss in die Blase entstand. Bei ihrer Aufnahme war Pat. durch das fortgesetzte Urinträufeln psychisch sehr alterirt. Blasses Aussehen und dürftiger Ernährungszustand. Auf den großen Labien und deren Umgebung Ekzem. Die atrophische Scheidenschleimhaut zeigt zahlreiche kleine Ulcerationen, die bei Berührung leicht bluten. Dicht hinter der Symphyse führt von der Scheide eine mehr als 2 cm große, quere Öffnung in die Blase, aus der fortwährend Urin in die Scheide abläuft. Nachdem das Ekzem abgeheilt, versuchte der Vortr. die Fistel durch Lappenplastik zu schließen, indem vom hinteren Fistelrande aus ein der Breite desselben entsprechender Lappen aus der Scheide abpräparirt wurde, der dann von hinten nach vorn gezogen, den Defekt überkleidete. Diese Operation führte zu einer bedeutenden Verkleinerung der Fistel bis auf Bleistiftdicke, aber nicht zum gänzlichen Verschlusse. Erst nach weiteren 3 Sitzungen!, in Zwischenräumen von 4—8 Wochen gelang es, durch abermalige Lappenbildung die Fistel vollkommen zu heilen. Das Harnträufeln hörte trotzdem nicht auf. Pat. konnte den Urin im Liegen wohl halten, bei aufrechter Stellung jedoch lief der Blaseninhalt durch die Harnröhre unwillkürlich ab, was sich daraus erklärte, dass die Harnröhre zu kurz war und ein genügender Schluss fehlte. Nunmehr erfolgte eine Torsion und Befestigung der isolirten Harnröhre nach links. Auch nach diesem Eingriffe blieb die gewünschte Kontinenz aus. Es wurde darauf eine plastische Verlängerung der Harnröhre geplant, die nach ca. 4 Wochen in der Weise zur Ausführung kam, dass man einen großen Schleimhautlappen rechts von der Harnröhre bis zur Hälfte ihrer Basis lospräparirte und den Lappen ca. 3 cm nach vorn verlängerte. Um die Kontinuität der alten mit der neuzubildenden Harnröhre zu erzielen, musste bei ersterer ein Theil der sie überkleidenden Schleimhaut angefrischt, wie auch die entsprechende Seite des umzuklappenden Lappens wund gemacht werden, worauf beide Wundflächen durch Vernähung in Kontakt kamen. Auf einem eingeführten dünnen Glasdrain entstand, durch Übernähen des Lappens von einer Seite zur anderen, die Form und Breite der neuen Harnröhre. Zur Einpflanzung des Lappenrandes war eine Anfrischung der linken Seite vorausgeschickt worden. Als Nahtmaterial wurde Silkwormgut benutzt. Zum direkten Abflusse des Urins während der Heilungsdauer diente ein bis zur Blase reichender, feiner Gummidrain. Die Heilung erfolgte per primam, und nach 14 Tagen erschien der Lappen mit der alten Harnröhre fest verwachsen und die Wundfläche der neuen engen Röhre größtentheils überhäutet. Die neugebildete Harnröhre funktionirt sehr gut, da Pat. das Wasser nunmehr spontan halten und lassen kann. Sie wird geheilt entlassen.

Redner rühmt zum Schlusse die von Fritsch empfohlene Methode der Lappenplastik, nach dessen Vorschriften er sich bezüglich der Blasen-Scheidenfistel hauptsächlich gerichtet habe. Kommen doch glücklicherweise in unserer Gegend Blasen-Scheidenfisteln selten vor, so dass einem die so reiche Erfahrung, wie sie Fritsch in Breslau gewonnen, hier nicht zur Seite steht.

V. Herr Schramm demonstrirt:

1) Ein Ovarialkystom, das durch seinen großen Umfang erwähnenswerth ist. Dasselbe stammt von einer 56 Jahre alten Fleischersfrau und enthielt in den verschiedenen Cysten ca. 36 Liter theils kolloider, theils dünnflüssiger, hellgelber Flüssigkeit. Außer dem Ovarientumor bestand Totalprolaps des Uterus. Nach Entfernung der kolossalen Geschwulst wurde der Uterus in die Bauchwunde fixirt, wodurch der Gebärmuttervorfall gleichzeitig beseitigt wurde. Glatter Verlauf.

2) Ein Dermoidkystom von Mannskopfgröße. Trägerin, 36 Jahre alte Kellnerin, hatte vor 12 Jahren normal geboren. Seit 6 Wochen bestand hohes Fieber. Palpation des Tumors schmerzhaft. Die Köliotomie ergab ein aus 3 Cystenräumen bestehendes Dermoid. Der größte war mit kothähnlicher, breiiger Cruormasse ausgefüllt. Der zweite enthielt Eiter und verfilzte Haare. In der 3. Cyste befand sich ein großes, pilzförmiges Lipom, das mit Haaren besetzt war. Nach der Operation ist Pat. fieberfrei und erholt sich schnell.

3) Hydrops tubae mit Hydrops folliculi verlöthet. Erstes Stadium einer beginnenden Tuboovarialcyste, entnommen einer 33 Jahre alten Frau, die an heftigen Unterleibsbeschwerden in Folge Retroflexio uteri und chronischer Perimetritis litt. Rechte Adnexe im Beckenboden fixirt und mit Pseudomembranen bedeckt. Ausschälung, Entfernung der Adnexe und Ventrofixatio uteri. Heilung.

Schwangerschaft.

2) **N. H. Nicolić.** Uterus duplex und Vagina duplex mit Schwangerschaft in der linken Gebärmutter und Geburt im 9. Monate.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1900. No. 12. [Serbisch.])

Bei der äußeren Untersuchung der Gebärenden fiel es auf, dass der Fundus eine eigenthümliche Gestalt habe, dass nämlich die rechte Gebärmutterhälfte 2 Querfinger über den Nabel reiche, die linke aber unter dem Rippenbogen verschwinde und sich palpatorisch nicht abgrenzen lasse; die linke Bauchseite stärker vorgewölbt als die rechte. Die fötalen Herztöne sind links unterhalb des Nabels hörbar. Bei genauerem Palpiren lässt sich konstatiren, dass zwischen den Fundushälften ein, wenn auch nicht großer Zwischenraum bestehe. Verf. nahm einen Uterus bicornis unicollis an, und da er bei der ersten inneren Untersuchung (die er vor der äußeren vorgenommen hatte) nichts Abnormales gefunden hatte, so untersuchte er nochmals. Jetzt bemerkte er, dass eine ziemlich dicke Schleimhautfalte von der Urethra in das Vestibulum ziehe und die Scheide in 2 Theile theile. Eine innere Untersuchung war nicht mehr möglich, da der Kopf schon sehr tief herabgetreten war. Auf Grund dieser Untersuchung nahm N. Uterus duplex und Vagina duplex an. Die Geburt verlief normal, das Kind kam hochgradig asphyktisch zur Welt und wurde durch künstliche Athmung zu sich gebracht. Dauer der Geburt, vom Auftreten der ersten Wehen, ca. 48 Stunden.

Am 9. Tage nach der Geburt untersuchte N. die Wöchnerin und fand beide Uteri durch einen bedeutenden Zwischenraum abgetheilt, dass der linke viel größer sei, dass eine Vagina duplex bestehe und dass die rechte Cervix virginell sei.

Differentialdiagnostisch bemerkt Verf., dass man hier eine Komplikation von Schwangerschaft mit einem Tumor hätte annehmen können, und zwar ein subseröses Myom. Der Zwischenraum zwischen den beiden Hälften, die birnförmige Form mit dem nach unten gekehrten Stiele brachten den Verf. auf die Idee, es

bestehe ein Uterus bicornis unicollis, die nochmalige Besichtigung der äußeren Genitalien wies jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit auf Uterus duplex mit Vagina duplex, welche Annahme auch durch die nachträgliche Untersuchung bestätigt wurde.

Schließlich bemerkt noch Verf., dass, ob zwar die rechte Gebärmutter relativ vergrößert war, während des Spitalaufenthaltes (2 Wochen) ein Deciduaabgang aus derselben nicht beobachtet wurde. **v. Čačković** (Agram).

3) **J. Christ.** Operative Eingriffe und Verletzungen während der Schwangerschaft, mit besonderer Berücksichtigung der Zahnextraktionen.

(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde XVIII. Jahrg. Hft. 11 u. 12.)

Übt die Zahnextraktion einen ungünstigen Einfluss auf die bestehende Gravidität aus, eine Frage, die für den Zahnarzt von weitgehendstem Interesse ist, wird vom Verf. wissenschaftlich genau erörtert. Bevor jedoch C. diese Frage beantwortet, verallgemeinert er dieselbe und behandelt ausführlich den Einfluss, den operative Eingriffe so wie Verletzungen auf die bestehende Schwangerschaft ausüben. Da besonders dieser Theil der sehr beachtenswerthen Arbeit für den Gynäkologen von Interesse ist, mögen hier kurz die Schlussfolgerungen, die C. auf Grund seiner Untersuchungen gezogen hat, erwähnt sein. Dieselben lauten wie folgt:

1) Bei normalem Uterus kann jeder nothwendige operative Eingriff in der Gravidität unbedenklich vorgenommen werden. Nur bei Eingriffen in bestimmten Theilen, welche mit den Genitalfunktionen zusammenhängen, muss mit der Möglichkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung gerechnet werden.

2) Der Einfluss rein psychischer Vorgänge auf eine eventuelle Unterbrechung der Gravidität bei gesundem Uterus finden wir durch keine Thatsache bewiesen, die theoretischen Erwägungen sprechen vielmehr nur gegen die Annahme einer solchen.

3) Der Monat der Gravidität kommt für den Effekt einer Operation bei gesundem Uterus nicht in Betracht.

4) Die übrigen Faktoren, welche unter Umständen eine Unterbrechung der Gravidität im Anschlusse an einen chirurgischen Eingriff herbeiführen können, wie sehr hohe Fiebersteigerung, excessiver Blutverlust, können bei normalem Verlaufe einer Operation nicht in Betracht kommen, müssen vielmehr als »vermeidbare Komplikation«, wie P. Müller sagt, angesehen werden.

5) Wenn in überaus seltenen Fällen dennoch trotz gesunder Uterusverhältnisse und normalen Verlaufes der Operation die Schwangerschaft unterbrochen wurde, so können diese Fälle nur als seltene, nicht zu erwartende Ausnahmen aufgefasst werden, welche, da sie sich jeder vorherigen Berechnung entziehen, nicht in Rechnung zu stellen sind.

Der 2. Theil der Arbeit beschäftigt sich speciell mit den zahnärztlichen Operationen während der Gravidität. Die diesbezüglichen Untersuchungen, so wie die vom Verf. in der Praxis gemachten Erfahrungen belehren uns, dass, sobald die Nothwendigkeit einer Zahnextraktion während der Schwangerschaft besteht, dieselbe ohne Bedenken vorgenommen werden darf. Eben so verhält es sich bei allen anderen zahnärztlichen Eingriffen. **R. Biermer** (Wiesbaden).

4) **A. Wauchope** (Glasgow). Unstillbares Erbrechen in der Schwangerschaft.

(Glasgow med. journ. 1900. Juni.)

Bei einem Falle von Hyperemesis, wo nach Fehlschlagen aller üblichen Mittel die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde, brach die Mutter auch nach der Entleerung des Uterus weiter und starb 5 Tage p. p. Auch das Kind brach und zwar genau dieselbe grüne Flüssigkeit wie die Mutter und starb 3 Tage alt. Der Verlauf dieses Falles schließt für Verf. jede andere Ursache als gewisse im Blute kreisende Toxine aus. **Zeiss** (Erfurt).

5) **J. Ritchie** (Edinburg). **Albuminurie, Zwillingsschwangerschaft, Foetus papyraceus, Placenta praevia.**

(Scottish med. and surg. journ. 1900. April.)

32jährige IIpara mit sehr starker Albuminurie, die auf die übliche Weise mit Erfolg bekämpft wird. Im 6.—7. Monate, bei Vorliegen eines Placentarrandes, wiederholte Blutungen, unter denen sich die Geburt einleitet, die spontan einen 5monatlichen Fötus zu Tage fördert. Die Placenta bestand aus einem kleineren, festen, blutleeren Theile — als vorliegend gefühlt — und einem anderen, normalen. Die Membranen erwiesen sich als einfaches Chorion mit 2 Amnionsäcken, deren kleinerer einen Foetus papyraceus enthielt; die Nabelschnur des letzteren inserirte velamentös und entsprach der blutleeren, festen Partie der Placenta. Wochenbett ohne wesentliche Störung, als Abgang einiger abgesprengter Placentartheile.

Zeiss (Erfurt).

6) **P. C. T. van der Hoeven** (Amsterdam). **Über den Ursprung der Mola hydatidosa und des sog. Deciduoma malignum.**

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1900. No. 8.)

Verf. untersuchte 2 Eier von noch nicht 4 Wochen, mehrere Placenten aus allen Monaten der Gravidität (2 noch in Verbindung mit der Uteruswand), 10 Molen (eine war noch nicht 1 Monat alt, eine andere noch an der Uteruswand befestigt) und 6 Deciduome.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Es bestehen Gründe, das Syncytium für fötales Ektoderm, die Langhans'schen Zellen für Somatopleura zu halten.

Die Wucherungen dieser Zellen in der normalen Placenta haben Mittelstellung zwischen einfachem gutartigen Zellwachsthume, wie wir am geborenen Menschen beobachten, und dem, was wir maligne Wucherungen zu nennen gewohnt sind.

In der Mole haben diese Zellen stärker ausgeprägte maligne Eigenschaften.

Die Mole ist ein maligner Tumor zweier Keimblätter, welcher, weil die Zellen sich frei entwickeln können, einzelne Charaktere der malignen Tumoren weniger deutlich zeigt.

Eine der Äußerungen der Malignität der Mole ist die Neigung der Zellelemente, in großen Strömen den Nitabuch'schen Fibrinstreifen zu durchwachsen.

Zwar sieht man auch bei normaler Schwangerschaft Syncytium in der Decidua, nie aber so viel auf einmal und nie so starke Durchwachsung des Fibrinstreifens. Vor oder nach der Geburt werden diese Zellen vom mütterlichen Gewebe oder durch Absterben zum Verfalle gebracht und unschädlich gemacht.

Bei der Mole wachsen mehr Zellen in die mütterlichen Gewebe hinein, und die Zellen haben andere Charaktere; sie haben stärkere Neigung zur Wucherung und wachsen bis in die Muskulatur. Sie bleiben leichter am Leben und wuchern weiter als Deciduom.

Dies Deciduom wird bestehen aus Syncytium, Syncytium und Langhans'schen Zellen, Langhans'schen Zellen allein, oder vielleicht auch einmal aus Syncytium mit Zellen von Langhans und Zottenstroma.

Ist die maligne Neigung in der Mole keine sehr starke, oder ist die Mole entfernt, bevor die malignen Wucherungen in die mütterlichen Gewebe hineinwuchsen, so wird kein Deciduom entstehen.

Es kommt einmal vor, dass ohne, wenn auch partielle Molebildung ein Deciduom entsteht. Ein derartiges Deciduom hat seinen Ursprung aus einer sonst normalen Placenta, in der einzelne Epithelzellen abnorme Wucherungsneigung besitzen.

Schließlich ist es möglich, dass als Deciduom beschriebene Tumoren, wenn auch selten wirkliche Sarkome der Uterusschleimhaut oder -Muskulatur sind und dann unabhängig von der Schwangerschaft bestehen. **Semmelink** (Leiden).

7) **J. Mayer** (Brüx). Vorzeitige Lösung der Nachgeburt in der Schwangerschaft in Folge zu kurzer Nabelschnur.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 48 u. 49.)

Die 35jährige XIgebärende, welche bereits bei ihrer letzten Entbindung vor 5 Jahren eine bedeutende Blutung erlitten hatte, bekam im 7. Monate, wenige Stunden nach einem Trauma (Heben eines Kindes), unter heftigen Wehenschmerzen eine starke Blutung aus dem Uterus bei noch uneröffneter Cervix. Starker Hängebauch, das Kind in 2. Beckenendlage; links am Uterusfundus befand sich eine etwa 5 cm große, bei Berührung äußerst schmerzhafte, halbkuglige Hervorwölbung, welche die Frau selbst schon in der Schwangerschaft bemerkt hatte. Auffallend war bei der starken Blutung, welche bereits zum Collaps geführt hatte, das Fehlen jeglicher Blutgerinnsel in den Geburtswegen. Durch wiederholte Tamponade der Scheide, später auch der Cervix und Anwendung von wehenerregenden Mitteln gelang es erst nach mehreren Stunden, mit einem Finger den inneren Muttermund zu passiren, die Blase zu sprengen und einen Fuß herabzuholen. Inzwischen hatte die erwähnte Vorwölbung sich beträchtlich vergrößert, so dass sie, immer noch sehr schmerzhaft und schlaff, die Hälfte des Fundus einnahm. Der Uterus in tetanischer Kontraktion, an der jedoch die erwähnte Vorwölbung nicht theilnahm. Während der 1½ Stunden, als der Fuß in der Vulva stand, ohne jedoch im geringsten tiefer zu treten, stand die äußere Blutung gänzlich. Trotzdem, augenscheinlich durch Fortdauer der inneren Blutung, nahm der Collaps in erschreckendem Maße zu, so dass zur Extraktion der Frucht geschritten werden musste. Die entwickelte Frucht ritt auf der Nabelschnur, deren abnorme Kürze das Abnabeln sehr erschwerte. Ihre Länge betrug im Ganzen nur 10 cm (gegen 38—40 der normalen Länge im 7. Monate). Die Placenta lag bereits gelöst im Cervicalkanale, während die Eihäute in der rechten, straff gespannten Hälfte des Uterus noch fest hafteten. Lösung derselben wegen Blutung. Nach vorübergehender Besserung erlag die Frau trotz aller Gegenmaßregeln einer neuerlichen Blutung aus einem trotz aller Vorsicht entstandenen, kleinen, rechtsseitigen Cervicalrisse. Offenbar hatte die zu kurze Nabelschnur einen ständigen Zug aufs Centrum der Placenta ausgeübt, diese zur Abhebung gebracht, worauf die unter die Placenta erfolgende Blutung die Uteruswand nach außen vortrieb, wodurch die Vorwölbung links am Fundus entstanden war; damit stimmte auch überein, dass die innere Untersuchung den Sitz der Placenta in dieser Vorwölbung nachweisen konnte. Dass hierbei die frühere Endometritis (die Frau hatte an Menorrhagien gelitten) Einfluss hatte, ist nicht von der Hand zu weisen. **Piering** (Prag).

8) **Korn** (Coppenbrügge). Niesekrampf bei einer Schwangeren.

(Ärztliche Praxis 1900. Oktober.)

Dieser vom Autor bei einer sonst gesunden IIIpara beobachtete Zustand wird als konvulsivische Neurose, ausgehend vom Genitalapparate, betrachtet. Er fing in der 35. Woche an und dauerte mit wenig Unterbrechung bis zur Geburt. — Die therapeutischen Maßnahmen (alle möglichen krampfstillenden und narkotischen Mittel) hatten immer nur sehr vorübergehenden Erfolg. — Mit der spontanen Geburt hören die Symptome mit einem Male auf. Zu beachten ist ein mäßiger Grad von Hydramnion. **O. Burckhardt** (Basel).

9) **T. H. van de Velde** (Haarlem). Doppelauskultation in der Geburtshilfe.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1900. No. 16.)

Mittels dieser Methode der Auskultation ist es Verf. in einzelnen Fällen gelungen, entweder eine Zwillingsschwangerschaft auszuschließen oder sicher zu stellen, wo andere Untersuchungsmethoden Zweifel ließen.

Man macht es am besten so, dass man zuerst mit dem festen Stethoskop die beiden Foyers von Herztönen aufsucht, d. h. wo sie am deutlichsten wahrnehmbar sind. Sodann auskultirt man, beide Hörrohre benutzend, mit dem Phonendoskop die am leichtesten hörbaren Herztöne, nimmt dann eins der Hörrohre aus dem

Ohre und auskultirt mit diesem Ohre und mittels festem Stethoskop den 2. Foyer. Man kann jetzt beide Doppeltöne zur selben Zeit beobachten und vergleichen. Zur Kontrolle kneift man das Hörrohr des Phonendoskopes abwechselnd zu. Statt des Phonendoskopes kann man natürlich auch ein anderes Schlauchstethoskop benutzen. **Semmelink** (Leiden).

10) Piéry (Lyon). Statistische Notiz über die Immunität gegen Impfung und ihre intra-uterine Übertragung.

(Lyon méd. 1900. Mai 13.)

Wegen einer kleinen Binnenepidemie in der Maternité de la Charité mussten 59 Schwangere und deren Neugeborene geimpft werden. Bei keiner der Frauen traten irgend welche Störungen auf, so dass also die Schwangerschaft keineswegs als Kontraindikation gegen die Impfung betrachtet werden kann. Das Resultat war folgendes: bei 61% der Neugeborenen bestand Immunität. Als immun erwiesen sich fast ausnahmslos nur Kinder immuner Mütter. Die Immunität wird intra-uterin übertragen, und zwar in 70%, wenn die mütterliche Immunität durch Impfung in der Kindheit, und nur in 20%, wenn sie erst durch Impfung in den letzten 14 Tagen der Schwangerschaft erworben war. **Zeiss** (Erfurt).

11) Kidd (Dublin). Panhysterektomie am Ende der Schwangerschaft.

(Dublin journ. of med. science 1900. December.)

Die 40jährige Ipara war bereits 2 Tage unter Wehen gewesen. Das ganze Becken ist von Myommassen ausgefüllt; vorliegend scheint ein Arm zu sein. Operation vom Abdomen her, Uterus uneröffnet mit dem Kinde entfernt, ohne Zwischenfall, glatte Genesung. Schwaches Urinträufeln am 9. Tage verlor sich nach Ausstoßung der nächst gelegenen Sutur. **Zeiss** (Erfurt).

12) H. Fehling (Halle a/S.). Zur Diagnose und Prognose der Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft.

(Deutsche Ärztezeitung 1900. Hft. 22.)

Nachdem F. über 3 Fälle berichtet, welche die Schwierigkeiten der Diagnose in einem handelte es sich um einen Hydronephrosensack) illustriren, bespricht er diese. Er glaubt, dass meist durch wiederholte Untersuchung, event. in Narkose, mit Beckenhochlagerung und Herabziehen des Uterus, durch Versuch, das Verhalten des schwangeren Uterus durch Erregung von Kontraktionen festzustellen, die richtige Diagnose zu ermöglichen sei. Wenn auch danach die Erkenntnis schwer, räth er, mit einem Aspirationstrokar zu punktiren und die gewonnene Flüssigkeit auf Pseudomucin zu untersuchen. Zu diesem Zwecke wird letztere mit dem doppelten Volum Alkohol gefällt, der Niederschlag ausgepresst, mit Alkohol ausgewaschen, um das Mucin zu fällen. Der Niederschlag wird dann mit wässriger 10%iger Salzsäurelösung 30 Minuten im Wasserbade gekocht, aus der Lösung durch Phosphorwolframsäure die Eiweißkörper ausgefällt. Das Filtrat wird der Trommer'schen Probe unterworfen. Tritt Reduktion ein, so sind Glykoproteïde (Pseudomucin) vorhanden.

Bezüglich der Therapie räth F. nicht unbedingt zur Operation. Kleinere und mittlere Tumoren sieht er nicht an und für sich als Anzeige zu derselben an, sondern nur Stieltorsion, Einklemmung oder schnelles Wachsthum der Geschwulst, zumal die Prognose für die Kinder (33% Schwangerschaftsunterbrechungen) keine günstige ist. Besonders bei Erstschwangeren und Frauen, welche Kinder gehabt, aber verloren haben, soll daher die Operation so lange wie möglich hinausgeschoben werden. **Graefe** (Halle a/S.).

13) C. Hennig (Leipzig). Das Verhalten der adenoiden Veränderungen am Mutterhalse während der Schwangerschaft, Geburt und während des Wochenbettes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 51.)

Nach H. werden die wunden Stellen am Muttermunde und seiner Umgebung, die drüsige Hyperplasie bei Frauen, welche geboren haben, zu einer Dauerform,

die, abgesehen von anderen Beschwerden, die Pat. durch fast unaufhörliche Blutungen herabbringen sollen. Heilung ist nach seiner Ansicht nur durch Abtragung im Gesunden möglich. Im Nothfalle will er diesen Eingriff auch bei Schwangeren vornehmen. Sonst empfiehlt er hier reinigende Ausspülungen mit Zusatz von Borsäure, essigsaurer Thonerde oder Silbernitrat. — Während der Geburt soll das lockere, saftreiche Granulationsgewebe zu Cervicalrissen disponiren, im Wochenbette die Erosionen auch bei Reinhalten keine Neigung zur Heilung zeigen. Auch hier empfiehlt H. nach abgelaufenem Wochenbette die Abtragung der kranken Lippen. **Graefe** (Halle a/S.).

Verschiedenes.

14) **F. Kaarsberg.** Über peri-uterine Blutungen.
(Hospitalstidende 1900. No. 16 u. 17.)

Nachdem die verschiedenen Ursachen zur peri-uterinen Blutung erwähnt und gezeigt, dass diese fast immer von einer Tubargravidität herrührt, wird die Diagnose der Tubargravidität und Hämatocele besprochen. Die Schwierigkeit der Diagnose wird besonders hervorgehoben, die Verwechslung mit Retroflexio uteri, Gravidität des bicornen Uterus, Gravidität mit Elongatio supravaginalis colli, Pyosalpinx, Fibroma uteri mit Elongatio colli etc. 11 Fälle von Tubargravidität, davon 7 mit Laparotomie, 6 exspektativ behandelt. 10 Fälle von Hämatocele, davon 6 mit Colpotomia, 4 exspektativ behandelt. Kein Todesfall. Folgende Behandlung wird empfohlen: Bei diagnosticirter Tubargravidität Exstirpation durch Laparotomie. Bei profuser Blutung Laparotomie. Bei Tubargravidität mit gestörter Entwicklung Exspektation. Bei Hämatocele, wenn diese nach wenigen Wochen nicht verschwunden ist, Colpotomia post. mit einer 2 cm langen Incision in die Quere oder in die Länge, die Coagula werden manuell entfernt, Drain und Ausstopfung mit Gaze. Die Gaze wird nach 1 oder 2 Tagen, der Drain nach 10 Tagen entfernt. **K. Faber** (Kopenhagen).

15) **G. Michel** (Nancy). Die Lungenembolie nach totalen und partiellen abdominalen Myomektomien.
(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 4.)

Die postoperative Thrombose ist hauptsächlich bei durch Metrorrhagien anämisch gewordenen Frauen zu befürchten, wenn diese Trägerinnen von voluminösen Fibromen sind, die die Organe des kleinen Beckens und namentlich die großen Venen komprimiren. Die eben erwähnte Thrombose hat ihren Sitz in den Venen des Beckens und der unteren Extremitäten; die Thrombose der unteren Extremitäten ist bei Weitem nicht so gefährlich, wie diejenige des Beckens; die Embolie dieser letzteren führt meistens zum Tode.

Die postoperative Pulsfrequenz, die mit der normalen Temperatur stark kontrastirt, ist das einzige Symptom, das auf eine Thrombose schließen lässt.

Wenn man diese Pulsfrequenz konstatirt hat, dann müssen alle Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung einer Embolie getroffen werden; absolute Bettruhe während mehrerer Wochen; man kann während der ersten Tage Narcotica verabreichen. Wyder hält viel auf absolute Ruhe.

Gegenüber der stattgehabten Embolie sind wir machtlos.

Bevor man irgend welche gynäkologische Operation unternimmt, muss das Gefäßsystem auf das genaueste untersucht werden. Findet man einen beschleunigten Puls, verhärtete Venen, die unteren Extremitäten von Ödem befallen, so soll man nach dem Rathe von Wyder und Buschbeck von jeglicher Intervention vor der Hand absehen. **Beuttner** (Genf).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 27. April.** **1901.**

Inhalt.

I.

(Aus der Kgl. Frauenklinik in Dresden.)

Sterile Dauerhefe und ihre Verwerthung in der Gynäkologie.

(Vorläufige Mittheilung[1].)

Von
Dr. Walter Albert,
Oberarzt.

Im März 1899 beschrieb zum ersten Male Theodor Landau die Behandlung des »Fluor albus« mit Hefekulturen, welche er mit ausgezeichnetem Erfolge selbst bei sehr heftigen und chronischen Scheiden- und Cervixkatarrhen anwandte, indem er 15—20 ccm einer Aufschwemmung von Hefe in Bierwürze in die Vagina einspritzte. Über die Art, wie die günstige Einwirkung auf die erkrankte Scheide bezw. Cervix zu Stande kommen konnte, war Landau noch im Zweifel, indem er annahm, dass entweder das mechanische Princip, dargestellt durch die Überwucherung und Vernichtung anderer Bak-

[1] Nach einem Vortrage, gehalten in der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden am 17. Januar 1901.

terien durch die Hefezellen, den bestehenden Katarrh so günstig beeinflusste, oder dass die Wirkung von Stoffwechselprodukten der Hefe die den Katarrh unterhaltenden Bakterien oder deren Toxine vernichte.

Da es nun aber schon seit längeren Jahren bekannt war, dass auch Hefezellen ganz ähnliche katarrhaliche Zustände bezw. Infektionen der weiblichen Genitalien wie viele andere Mikroben verursachen und unterhalten können, so wagten nur wenige Gynäkologen die Fortsetzung und Prüfung der Landau'schen Versuche.

Noch weniger konnten wir an unserer Klinik Versuche mit lebender Hefe anstellen, als mein hochverehrter Chef, Herr Geh.-Rath Leopold nachgewiesen hatte, dass die Hefezellen, die Blastomyceten, welche aus menschlichen Carcinomen in Reinkultur gezüchtet waren, auf Thiere übergeimpft, bei diesen wieder maligne Geschwülste hervorriefen. Und so blieben die Versuche Landau's, so vorzüglich ihre Resultate auch waren, zwar viel besprochen, aber eine allgemeinere Verwerthung musste ausbleiben.

Am Ende des vorigen Jahres nun ist es meinem Bruder Dr. chem. Robert Albert, Docenten an der Kgl. landwirthschaftlichen Hochschule in Berlin, gelungen, lebende Hefezellen auf eine ziemlich einfache Methode derart abzutödten, dass keine einzige ihrer bekannten Eigenschaften vernichtet wird; durch diese Methode wird die gewöhnliche Bierhefe in ein trockenes, staubförmiges Pulver umgewandelt, sterile Dauerhefe genannt, welches keine einzige lebende, d. h. fortpflanzungsfähige Hefezelle mehr enthält; das Pulver besteht, wenn ich mich so ausdrücken darf, aus wohl konservirten Leichen von Hefezellen. Insbesondere besitzt die Dauerhefe neben anderen peptischen Enzymen, welche das Pepsin und das Trypsin an Verdauungskraft weit übertreffen, das Gärungsenzym, die Zymase, durch welche Zucker in Kohlensäure und Alkohol gespalten wird und die Zymase ist es, wie man annehmen muss, wodurch die Hefe im lebenden Zustande ihre schlimmsten Feinde, die Fäulnisbakterien, vernichtet. Wenn nun auch Alkohol und Kohlensäure in relativ geringen Mengen producirt werden, so ist es doch bekannt, dass beide Stoffe gerade in Statu nascendi bedeutende Bakteriengifte sind. Sei es nun, dass Alkohol und Kohlensäure, sei es dass die peptischen Enzyme die baktericide Kraft der Hefe bilden, jedenfalls haben wir in der Hefe ein Mittel, welches erstlich die Bakterien in ihrer Virulenz schwächt oder sogar tödtet und zweitens die menschlichen Schleimhäute nur wenig oder gar nicht reizt, ein Umstand, der im Vergleiche zu anderen Desinficientien nicht hoch genug angeschlagen werden kann. Denn man hat bekanntlich bakteriologisch nachgewiesen, dass nach Ausspülung oder Auswaschung mit stärkeren Desinficientien sich nach kurzer Zeit in den mit Schleimhaut ausgekleideten Höhlen, wie Mund und Scheide, viel mehr Bakterien finden als vor dem Gebrauche des Desinficiens, ein Beweis dafür, dass die Schleimhaut oder auch die von ihr abgeson-

derten Flüssigkeiten ihre normale baktericide Kraft vorübergehend eingebüßt haben.

Diese Überlegungen, verbunden mit der Thatsache, dass die sterile Dauerhefe ihre höchste Gärkraft bei 35—40° C. entfaltet, empfehlen ihre Anwendung bei Erkrankungen der Vagina ganz besonders und gaben die Veranlassung, jetzt schon hierüber einige Mittheilungen zu machen, bevor über eine größere Reihe von eigenen Erfolgen berichtet werden kann. Andererseits waren die Resultate Landau's so günstig und die geringe Anzahl der eigenen Versuche von so überraschendem Erfolge, dass der therapeutische Werth der sterilen Dauerhefe gesichert erscheint und zu ihrer Anwendung bezw. zur Nachprüfung auffordern muss[2].

Die Technik des Verfahrens ist kurz folgende: Man rührt 4 g (ungefähr 15 ccm) steriler Dauerhefe mit 20 ccm einer 20%igen Zuckerlösung zu einem gleichmäßigen Brei an. (Man kann natürlich bei sehr weiter Scheide mehr, bei enger weniger Flüssigkeit ansetzen, es kommt nur darauf an, dass sich die Menge Hefe zu Zucker zu Wasser verhält wie 1 : 1 : 5; nimmt man weniger Zucker, so verläuft die Gärung zu langsam, nimmt man mehr, zu rapide.) Sodann entfaltet man die Scheide der in Steiß-Rückenlage auf einem Untersuchungstische oder im Querbette womöglich mit erhöhtem Becken liegenden Frau am zweckmäßigsten mit Sims'scher Rinne und Seitenhebel, um sie bequem übersehen und sie gründlich mit trockener Watte sauber auswischen zu können. Damit nun möglichst viel Hefebrei in der Vagina zur Wirkung kommen kann, ist es nothwendig, eine Spirale einzulegen. Eine solche Spirale, deren Lumen im Allgemeinen einen mitteldicken Finger aufnehmen kann, lässt sich ohne Mühe aus einem Celluloidring, wie er in verschiedenen Größen im Handel ist, in jeder gewünschten Größe und Form herstellen; der im heißen Wasser erweichte Celluloidring wird mit einem Messer durchgeschnitten, die scharfen Kanten an der Schnittfläche werden abgefeilt oder durch vorsichtiges Anbrennen abgerundet. Nun führt man die Spirale so weit als möglich in die Scheide, spritzt jene 20 ccm bezw. nur 15 ccm davon ein, während man mit den übrigen 5 ccm den Wattetampon tränkt, welcher das Herausfließen vermeiden soll. Sicherer ist es, wenn man 20 ccm einspritzt und den Wattetampon mit Zuckerlösung so tränkt, dass er nicht den Hefebrei aus der Scheide aufsaugen kann. Ist der Damm sehr niedrig, so ist es am einfachsten, entweder das Becken hoch zu lagern oder die hintere Scheidenwand durch die schon vorher benutzte Sims'sche Rinne nach außen zu verlängern, um die Scheide ganz anfüllen zu können; man führt dann in der Rinne den Tampon ein. Darauf wird die

---

[2] Anmerkung: Da das Präparat noch nicht im Großen fabricirt wird und in Folge dessen noch ziemlich theuer ist, so stelle ich zu Versuchszwecken jedes Quantum kostenlos zur Verfügung und bemerke dabei, dass sich später das Kilo steriler Hefe auf höchstens 10—15 ℳ stellen wird, ein sehr geringer Preis, wenn man bedenkt, dass im Allgemeinen 4 g Hefe zu einer Einspritzung genügen.

Pat. vorsichtig (um die Bauchpresse außer Thätigkeit zu lassen) in Rückenlage ins Bett gehoben und bleibt so 6—8 Stunden liegen. Genau auf die Innehaltung der Zeit kommt es nicht an, doch ist nach etwa 12—14 Stunden die Gärung in der Hauptsache vorüber und dann muss die Flüssigkeit sorgfältig entfernt werden, da die nicht mehr gärende Hefe ein guter Nährboden für andere Bakterien ist. Nach Beendigung der Gärung wird nun Tampon und Spirale entfernt und die Scheide mit reinem warmen Wasser gründlich ausgewaschen. An den beiden folgenden Tagen früh und Abends Ausspülung mit Kochsalzwasser, am 3. Tage Wiederholung des Verfahrens. Ich habe, um den Zustand der Scheide besser beurtheilen zu können, am Morgen der Einspritzung keine Ausspülung machen lassen.

Bevor nun die Erfolge der Behandlung mit steriler Dauerhefe mitgetheilt werden, muss mit einigen Worten einer sehr interessanten Arbeit gedacht werden, welche vor Kurzem von Marx und Woithe im Centralblatt für Bakteriologie veröffentlicht wurde. Es ist ihnen gelungen, durch eine besondere Färbung den Virulenzgrad aller sporenlosen Bakterien zu bestimmen, welche nicht der Tuberkulosegruppe angehören. Jede Zelle ist zusammengesetzt aus einer euchromatischen und einer hypochromatischen Substanz, wie uns Allen dies von dem stark färbbaren Kern und dem schwächer färbbaren Plasma der thierischen Zelle bekannt ist, und eben so wiesen Marx und Woithe nach, dass auch die Bakterien aus diesen zwei Substanzen bestehen: färbten sie mit Methylenblau und dann mit dünnem Bismarckbraun, so zeigte sich, dass einzelne Bakterien tiefblau, andere braun mit blauer Tüpfelung, wieder andere dunkler oder heller braun ohne Tüpfelung gefärbt waren. Durch weitere Untersuchungen konnten sie dann den Beweis erbringen, dass, je höher die Virulenz der Bakterien ist, um so intensiver diese den ersten Farbstoff aufnehmen und ihn um so schwerer bei der Abspülung mit Wasser wieder abgeben. Die virulentesten Bakterien sind also tiefblau gefärbt und mit der Virulenzabnahme folgt dann ein helleres Blau, dann blaue Tüpfelung in braunem Plasma, weiter immer heller werdende Braunfärbung. Genau dieselben Thatsachen stellte ich des öftern mit der Gram'schen Färbung bei der Untersuchung von Bakterienkulturen fest, ohne sie mir aber richtig erklären zu können und noch schönere und deutlichere Befunde ergiebt die Hefe während der Gärung: die einer lebenden Kultur entnommene Hefezelle färbt sich nach Gram tiefblauschwarz mit einem metallischen Schimmer, ohne auch nur die geringste Struktur erkennen zu lassen, und auch die Zellen der sterilen Dauerhefe färben sich so: fertigt man aber im Verlaufe der Gärung der sterilen Hefe Präparate mit Gramfärbung (und Safraninnachfärbung) an, so sieht man in prachtvollen Bildern, wie die tiefblauschwarze Zelle bald aus eben so gefärbten Kügelchen besteht, sodann lässt sich ein größerer excentrischer Kern erkennen, schließlich beobachtet man blaue Kügelchen in der rosa gefärbten Zelle und zuletzt nur rosafarbene Zellen mit klarem rosafarbenen,

nur etwas dunklerem Kern. Es ist hiermit zum ersten Male gelungen, die Struktur der Hefezelle im gefärbten Präparate zu erkennen, was bisher nicht möglich war, da die lebende Hefe während der Gärung immer wieder verbrauchte Stoffe durch neue ersetzen kann.

Wenn es nun aus den oben beschriebenen Veränderungen in der Färbefähigkeit des Zellinhaltes klar hervorgeht, dass die fortschreitende, immer schwächer werdende Färbbarkeit auf regressiven Vorgängen beruhen muss, so muss auch der bakterientödtende oder besser bakterienschwächende Einfluss der gärenden Hefe bei meinen Untersuchungen des Scheidensekrets durch veränderte Färbung der Scheidenbakterien nachweisbar sein: und in der That, wenn ich, wie dies im Anfange der Versuche in jedem einzelnen Falle geschah, vor der Hefeeinspritzung und nach Ablauf der Gärung das Scheidensekret untersuchte, so fand ich in allen Fällen bedeutende und unzweideutige Veränderungen der Scheidenbakterien. Während beispielsweise vor der Gärung massenhafte blaue Kokken oder Stäbchen vorhanden waren, sah man nach der Gärung nur vereinzelte blaue, dagegen massenhafte gekörnte und entfärbte (bezw. rosagefärbte) Bakterien, ja man konnte sogar feststellen, dass in Ketten von Kokken oder Stäbchen von Glied zu Glied die Färbungsfähigkeit geschwächt wurde, dass die ersten tiefblauschwarzen Glieder Nachkommen hervorbrachten, welche immer weniger den blauen Farbstoff aufnahmen, mit einem Worte immer weniger virulent wurden, bis schließlich, wie man wohl annehmen darf, auch die Fortpflanzungsfähigkeit zerstört war.

Auf diese Art konnte man bei jeder Pat. während jeder Gärung einen nachweisbaren Erfolg feststellen. Weitere Erfolge ließen sich leicht konstatiren, theils aus der Veränderung des Fluor, theils aus der Heilung selbst großer Erosionen, wobei betont werden muss, dass ausschließlich solche Fälle von Fluor in Behandlung genommen wurden, welche wochen-, selbst monatelang jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Ein bestehender eitriger Fluor wurde bereits nach 2—3 Einspritzungen weißer aussehend und dünnflüssiger, worüber manche Frauen sehr treffende Angaben machten. Die Masse des Fluor wurde immer geringer, bald zeigte sich bereits im unteren Theile der Scheide der bekannte krümelige »normale« Belag und schließlich, manchmal nach 3—4, bei einer hochschwangeren Frau mit florider Gonorrhoe erst nach etwa 20 Einspritzungen war die Scheide als vollkommen geheilt zu betrachten. Es will scheinen, als ob besonders die Gonokokken sehr empfindlich gegen die Gärung wären, da in zwei Fällen mit florider Gonorrhoe und massenhaften Gonokokken schon nach 2 bezw. 5 Einspritzungen keine Gonokokken in der Scheide mehr nachgewiesen werden konnten. Am überraschendsten aber war die Reaktion der Erosionen an der Portio: nach 2- höchstens 3maliger Einspritzung waren alle geheilt, bei einer Pat. mit Gonorrhoe, sehr starkem ätzenden Fluor und

einer Hypertrophie der Portio, auf welcher sich eine wenigstens 5markstückgroße Erosion befand, sah man nach einmaliger Einspritzung nur noch eine kleine wunde Stelle, nach der zweiten war auch diese völlig verschwunden und die Portio selbst bedeutend abgeschwollen.

Fasse ich noch einmal die Erfolge zusammen, so zeigen sie sich:

1) In der mikroskopisch nachweisbaren Abnahme der Virulenz der Scheidenbakterien;

2) in der Veränderung des Scheidensekretes und

3) in der schnellen Heilung selbst großer Erosionen an der Portio.

Freilich müssen wir zugestehen, dass mit der Gesundung der Scheide und der Portio in den meisten Fällen noch nicht das ganze Leiden beseitigt sein kann, denn Urethra, Cervix- und Uterushöhle sind ja der Hefebehandlung vorläufig unzugänglich — bedenken wir aber, dass eine Infektion der höher liegenden Beckenorgane fast ausschließlich und immer wieder von der Scheide aus erfolgt, so leuchtet es ein, dass eine gesunde Scheide die Conditio sine qua non bei der Behandlung aller sog. Genitalkatarrhe sein muss, und dass man grundsätzlich erst nach vollkommener Heilung der Scheide zur Behandlung von Cervix- und Uterushöhle schreiten sollte.

Weiterhin bietet die sterile Dauerhefe der Gynäkologie vorzügliche Dienste bei der Vorbereitung für vaginale Operationen: spritzt man am Abend vor einer beliebigen vaginalen Operation in der beschriebenen Weise ein, so ist die Scheide unzweifelhaft besser desinficirt und besser vorbereitet, als wenn man schärfer desinficirende Ausspülungen oder Auswaschungen gemacht oder unmittelbar vor der Operation die Scheide gründlich ausgeseift hätte, eine Vornahme, welche doch oft zu oberflächlichen, keineswegs bedeutungslosen Epithelverlusten in der Scheide führt.

Über den Werth der sterilen Dauerhefe für die Bakteriologie soll an anderer Stelle berichtet werden.

II.

Zur Frage von der Einwirkung des heifsen Wasserdampfes auf die Uterusschleimhaut.

Von

Dr. M. Koslenko.

Bei dem großen Interesse, welches gegenwärtig der Behandlung der Gebärmutterleiden mit heißem Wasserdampfe entgegengebracht wird, halte ich es für angebracht, in einer vorläufigen Mittheilung die Ergebnisse zu veröffentlichen, welche ich aus Untersuchungen über Temperaturmessungen des Dampfes in der Gebärmutter bei verschiedenen Druckverhältnissen und über die Veränderungen der

Gebärmutterschleimhaut nach der Vaporisation gewonnen habe. Die Versuche wurden an großen Hündinnen in dem Institute für allgemeine Pathologie des Herrn Prof. A. B. Vogt in folgender Weise vorgenommen: Nach entsprechender Reinigung des Operationsfeldes wurde unter Morphium-Chloroformnarkose in der Regio hypogastrica eine Öffnung in den Bauchdecken angelegt und durch dieselbe das vordere Scheidengewölbe eröffnet. Die Gebärmutter wurde nun hervorgeholt und in dieselbe das Ansatzstück des Dampfzuleitungsrohres eingeführt. Das vordere Scheidengewölbe wurde desswegen eröffnet, weil sonst die Einführung des Ansatzstückes außerordentlich schwierig und beinahe unmöglich war. Darauf wurde durch einen Längsschnitt eins der Uterushörner eröffnet und durch die Öffnung ein Thermometer in die Uterushöhle vorgeschoben. Das andere Horn wurde durch Unterbindung mittels einer Seidenligatur von der Gebärmutterhöhle isolirt. Mittels des Thermometers wurde nun die Temperatur innerhalb der Gebärmutterhöhle während des Einströmens des Dampfes bestimmt. Zur Bestimmung der Temperatur bei den verschiedenen Druckverhältnissen wurde bei Änderungen des Druckes jedes Mal ein frisches Versuchsthier genommen, da sonst keine genauen Resultate erzielt werden konnten.

Die Ergebnisse meiner Versuche wären etwa folgende: bei Anwendung von 0 Atmosphäre Überdruck im Dampfkessel stieg die Temperatur in der Uterushöhle auf 100° C. und hielt sich auf dieser Höhe etwa 5—6 Minuten, um dann langsam zu sinken. Bei einer halben Atmosphäre Überdruck im Kessel betrug die Temperatur 106—107° C. und hielt sich etwa 2 Minuten auf dieser Höhe, worauf sie ziemlich schnell sank. Bei 1 Atmosphäre Überdruck hielt sich eine Temperatur von 110—111° C. höchstens eine halbe Minute und sank dann rapid. Bei 2 Atmosphären Überdruck betrug die Temperatur 115—116° C. etwa 5—10 Sekunden lang, um dann ebenfalls rapid zu sinken. Es hielten sich also meine Versuche in Druckgrenzen, welche den bei der klinischen Anwendung des Wasserdampfes gebräuchlichen entsprechen. Ein noch höherer Druck war in meinen Versuchen nicht anzuwenden, da der Uterus des Hundes einen solchen nicht aushält und platzt (bei 3 Atmosphären Überdruck nach kurzer Zeit). Es folgt also aus meinen Versuchen, dass das Temperaturmaximum bei Anwendung des Dampfes in der ersten Zeit eintritt und nach einiger Zeit abfällt und zwar um so rapider, je größer der Druck des einströmenden Dampfes ist. Bei der Anstellung dieser Versuche konnte zu gleicher Zeit festgestellt werden, dass der Dampf eine starke Kontraktur der Gebärmutter hervorruft; nach einigen Sekunden Einwirkung wird dieselbe blass und umfasst fest das Ansatzrohr, so dass es sich nur mit Mühe herausziehen lässt. Bei weiterer Einwirkung des Dampfes wird das Uterusgewebe grau-roth, endlich grau — also nekrotisch. Zu den Versuchen benutzte ich den von Sneguireff angegebenen Apparat und ein besonderes Ansatzstück, dessen nähere Beschreibung ich mir für meine ausführlichere Veröffentlichung vorbehalte.

Die zweite meiner Untersuchungen betrifft die Veränderungen der Gebärmutterschleimhaut zu verschiedenen Zeitpunkten nach der Vaporisation. Zur Untersuchung dienten mir Uteri, welche nach 1 bis 9 Tagen nach der Vaporisation exstirpirt wurden. Die Vaporisation wurde von Herrn Prof. Sneguireff persönlich ausgeführt; Dauer der Einwirkung bis 20 Sekunden bei 2 Atmosphären Überdruck im Dampfkessel. Die Exstirpation wurde ebenfalls von Herrn Prof. Sneguireff vorgenommen. Ich gehe nun zur Erklärung der aus diesem Materiale gewonnenen Präparate über, zu deren Erläuterung ich die entsprechenden Abbildungen beifüge.

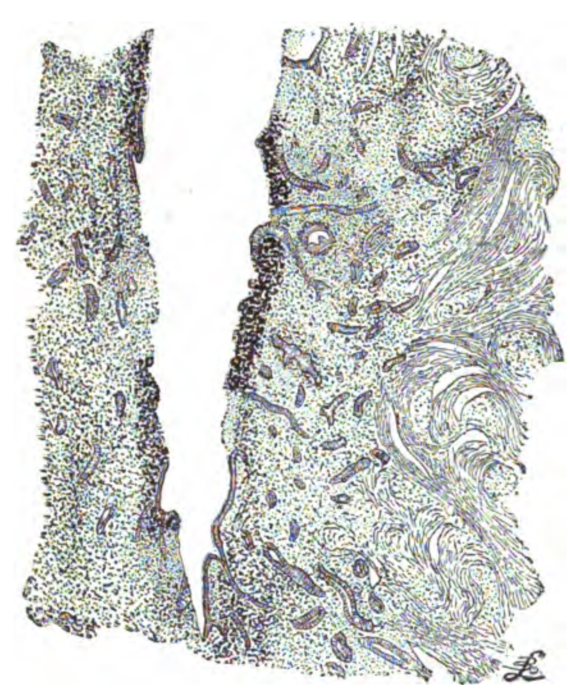
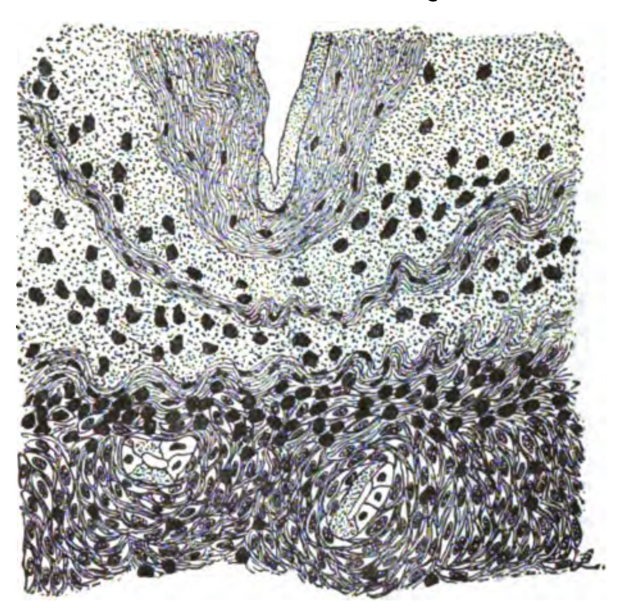


Fig. 1 stellt einen Schnitt durch die Gebärmutterschleimhaut dar in einem Falle, wo der Uterus direkt nach der Vaporisation wegen Collumcarcinoms entfernt wurde. Das Oberflächenepithel der Gebärmutterhöhle erscheint unter der Einwirkung des Dampfes zerstört. An einigen Stellen ist an den der Oberfläche nahegelegenen Drüsenquerschnitten das Cylinderepithel unversehrt geblieben, wie dies auch in den tieferen Schichten der Schleimhaut der Fall ist. An einigen Stellen ist die Schleimhaut von Blutaustritten durchsetzt, hauptsächlich in den der Oberfläche nahen Theilen. Das Muskelgewebe bietet nichts Abnormes dar.

Auf Grund meiner Präparate würden sich also die Veränderungen der Uterusschleimhaut nach der Vaporisation folgendermaßen darstellen: Am 1. Tage Zerstörung d. Schleimhaut bis zu einer gewissen Grenze; am 3. Tage Abgrenzung der nekrotischen Partien; am 6. Tage Abstoßung derselben und endlich vom 9. Tage an Regeneration der Schleimhaut. Die Einwirkung des Dampfes erstreckt sich bloß auf eine bestimmte Tiefe: die tieferen Drüsenschichten bleiben unversehrt, behalten ihre Lebensfähigkeit und vermitteln die Regeneration. Diese Thatsachen hatten schon ihre klinische Bestätigung gefunden, da doch nach der Vaporisation regelmäßige Menstruation und normale Schwangerschaft eintritt. Die Wirkung der Vaporisation kann also bei bestimmtem Drucke und bestimmter Dauer der Einwirkung auf eine bestimmte Tiefe ausgedehnt werden, was durch die zahlreichen Beobachtungen des Herrn Prof. Sneguireff bestätigt

wird, welcher bei bestimmtem Drucke den Dampf eine bestimmte Zeit einwirken lässt und dabei nie Obliteration oder gar Perforation

Figur 2 stellt einen Schnitt durch die Schleimhaut dar in einem Falle, wo die Gebärmutter 3 Tage nach d. Vaporisation wegen Fibromyom entfernt wurde. Der oberflächliche Abschnitt der Schleimhaut ist nekrotisch, wobei in einer bestimmten Tiefe unterhalb des nekrotischen Gewebes eine ausgesprochene Zone kleinzelliger Infiltration zu beobachten ist, welche augenscheinlich die Demarkationslinie darstellt, an welcher im folgenden Stadium die Abstoßung d. nekrotischen Gewebes erfolgen soll.



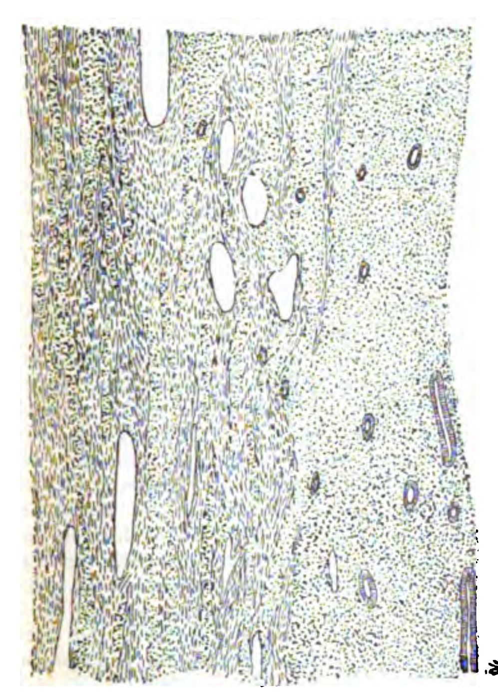


Fig. 3 stellt ein entsprechendes Präparat nach Ablauf von 6 Tagen dar, wo die Exstirpation wegen Fibromyom vorgenommen wurde. Zwischen den Bindegewebszellen und dem Fasergewebe, welches die Drüsen umgiebt, sind in geringer Menge Infiltrationszellen zu sehen. Die Schleimhaut-Oberfläche erscheint in ihrer ganzen Ausdehnung vom Deckepithel entblößt.

der Gebärmutter beobachtet hat. Da nun aber von verschiedenen Autoren Fälle von Obliteration oder sekundärer Stenose des Cervical-

kanals nach der Vaporisation beschrieben worden sind, so untersuchte ich die Cervicalschleimhaut in einem Falle, wo die Vaporisation, wie in allen Fällen von Herrn Prof. Sneguireff, 20 Sekunden lang vorgenommen wurde. Wie aus der unten beigefügten Zeichnung (Fig. 5) ersichtlich, blieb die Wirkung des Dampfes auf die oberflächlichen Schichten beschränkt. Es liegt mir jedoch fern, auf Grund dieser einen Beobachtung den Nutzen des Cervixschutzes leugnen zu wollen. Wenn auch unter den angeführten Verhältnissen die Einwirkung eine oberflächliche ist, so ist es andererseits zweifellos, dass bei höherem Drucke und längerer Dauer der Einwirkung eine vollständige Zerstörung der Schleimhaut und eine völlige Obliteration der Uterushöhle erreicht werden kann. Ich kann hier eine in dieser Hinsicht interessante Beobachtung aus der Klinik des Herrn Prof. Sneguireff anführen.



Fig. 4 stellt ein Präparat nach Ablauf von 9 Tagen dar. Die Exstirpation wurde ebenfalls wegen Fibromyom gemacht. Wie aus der Zeichnung ersichtlich, regenerirt sich das Deckepithel im weiteren Verlaufe aus dem unversehrt gebliebenen Epithel der Drüsen. Die Zeichnung stellt einen Drüsenschnitt dar, wobei zu sehen ist, wie das Drüsenepithel sich zur Bedeckung d. entblößten Schleimhautoberfläche vorschiebt.

Es handelte sich um eine 34jährige Pfarrersfrau, welche mit dem Ersuchen der Verhütung weiterer Schwangerschaften in die Klinik kam, da alle 10 Schwangerschaften schwer, mit unstillbarem Erbrechen verliefen. Die Pat. war stark heruntergekommen und anämisch. Von den 10 Schwangerschaften waren 7 durch normale Geburt beendigt, die 3 letzten jedoch wegen unstillbaren Erbrechens unterbrochen worden. Die letzte künstliche Frühgeburt im Januar 1900. Auf den Vorschlag von Seiten des Herrn Sneguireff, durch die Vaporisation eine Obliteration der Gebärmutter herbeizuführen, ging die Pat. gern ein und der Eingriff wurde ohne Narkose in der Dauer von 1 Minute bei 2 Atmosphären Überdruck vorgenommen. Glatter Verlauf; am 6. Tage wurde unter geringen Schmerzen ein etwa centimetergroßes Gewebsstück ausgestoßen, welches sich bei der mikroskopischen Untersuchung als nekrotische Schleimhautpartie mit sammt der anliegenden Muskelschicht erwies. In den folgenden Tagen gingen dann noch verschiedentlich kleinere Gewebsstückchen ab, ohne dass Schmerz dabei gefühlt wurde. Nach 3 Wochen konnte Pat. als geheilt entlassen werden mit dem Ersuchen, sich nach einigen Monaten in der Klinik wieder einzufinden. 5 Monate nach der Vaporisation ergab sich Folgendes: Nach der Entlassung aus der Klinik (Ende Mai) zeigte sich am 10. Juni etwas Blut, hörte jedoch nach etwa 20 Minuten wieder auf; die aufgetretenen geringen Schmerzen ließen allmählich nach und bis zum 21. Juli fühlte Pat. sich völlig gesund. An diesem Tage stellten sich wiederum wehenartige

Schmerzen ein und danach Blutung, welche dann in eine seröse Absonderung überging. Dies dauerte etwa 5 Tage. Am 21. August wiederum starke Blutung 10 Tage lang mit Unterbrechungen von 2—3 Tagen, ohne Schmerzen. Im September zeigten sich einige Tropfen Blut innerhalb von 2 Tagen und dann, nach 9 Tagen, noch einige Tropfen. Der Coitus wurde wie früher ausgeübt, die Pat., welche früher regelmäßig 2 Monate nach der Geburt koncipirte, wurde nicht schwanger. Bei der Untersuchung erwies sich der Uterus kleiner als gewöhnlich, von schlaffer Konsistenz, der äußere Muttermund geöffnet, der Cervicalkanal völlig obliterirt.

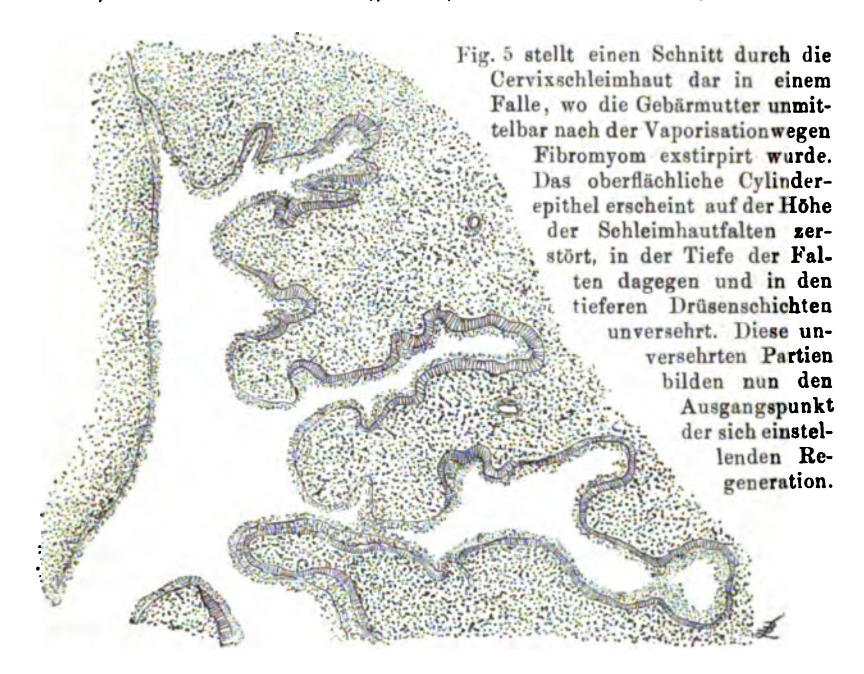


Fig. 5 stellt einen Schnitt durch die Cervixschleimhaut dar in einem Falle, wo die Gebärmutter unmittelbar nach der Vaporisationwegen Fibromyom exstirpirt wurde. Das oberflächliche Cylinderepithel erscheint auf der Höhe der Schleimhautfalten zerstört, in der Tiefe der Falten dagegen und in den tieferen Drüsenschichten unversehrt. Diese unversehrten Partien bilden nun den Ausgangspunkt der sich einstellenden Regeneration.

Es wäre dies also eine neue Verwendung der Vaporisation, welche schwerere Eingriffe, wie die Kastration, die Salpingektomie ersetzen könnte.

Außer den unzweifelhaften Heilwirkungen des Wasserdampfes bei Erkrankungen der Uterusschleimhaut möchte ich aus der neueren Zeit bloß auf die Anwendung desselben bei Puerperalerkrankungen in Fällen hinweisen, wo die Infektion noch nicht allgemein geworden.

Was nun die Frage des Instrumentariums anbelangt, so habe ich in dieser Hinsicht nichts Neues vorgefunden. Alle bilden nur Modifikationen der zuerst von Sneguireff angegebenen Instrumente und unterscheiden sich nur in den Details, nicht in der Idee. Eben so kann ich keinen Fortschritt in der von Pincus vorgenommenen Umtaufung — Atmokausis und Zestokausis — ersehen. Ich glaube, dass die der Methode von Herrn Prof. Sneguireff gegebene Bezeichnung Vaporisation genügend charakteristisch ist.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

246. Sitzung am 15. November 1900.

Vorsitzender: Herr J. Schramm; Schriftführer: Herr Goldberg.

I. Herr Osterloh. Über Puerperalfieber.

Der Vortr. hat in $2^1/_2$ Jahren 42 Fälle von Sepsis nach Abortus und Partus zur Behandlung auf seine Abtheilung im Stadtkrankenhause aufgenommen. Von diesen sind 6 nach Abortus und 14 nach Partus Erkrankte gestorben. Von den Letzteren starben 6 innerhalb der ersten 24 Stunden nach ihrer Unterbringung, je 1 am 2., 3. und 6. Tage, 2 am 4. Tage, 1 nach 14 Tagen und je 2 nach 4 Wochen. Von allen 42 wurden nur 19 genesen entlassen, 1 wegen begleitender Psychose in die städtische Beobachtungsstation für Geisteskranke verlegt, 1 an schwerer puerperaler, septischer Peritonitis Erkrankte musste auf Wunsch der Angehörigen entlassen werden (sie starb am Tage nach der Verlegung auswärts), und eine steht als Rekonvalescentin noch in Behandlung.

Diese hohe Mortalität von 50% veranlasst den Vortr., die Frage nach der Behandlung vorgeschrittener Sepsis im Puerperium aufzuwerfen. Für seine Fälle ist die ganze Frage der Prophylaxe gegenstandslos. Relativ günstig ist die Prognose in den Fällen, wo das Bild der Sepsis hervorgerufen wurde durch im Uterus zurückgebliebene faulende Eireste, sobald dabei keine Einwanderung von Streptokokken oder Staphylokokken stattgefunden hatte. Die unter der peinlichsten Vorsicht ausgeführte Entfernung der nekrotischen faulenden Massen führte in mehreren Fällen zu schneller oder zögernder Genesung. Eben so relativ günstig verliefen Fälle metastatischer Pyämie, bei denen die Abscesse durch ihren Sitz chirurgischer Behandlung zugänglich waren.

In allen übrigen Fällen ist die Prognose sehr schlecht und die Therapie nahezu aussichtslos, wenn auch Fälle beobachtet wurden, die schließlich doch zur Genesung führten.

Nach einem kurzen Überblicke über die Wandlungen, die die Behandlung des ausgebrochenen Puerperalfiebers in den vergangenen 30 Jahren durchgemacht hat, theilt der Vortr. mit, dass sie bei ihm so gehandhabt würde: Mit Belag versehene Puerperalgeschwüre im Introitus werden mit Jodoform gepudert, bei stinkendem Wochenflusse bezw. Verdacht auf Retention des Sekretes in der Gebärmutterhöhle und eben so nach Entfernung von faulenden Eiresten einmalige Ausspülung der Gebärmutterhöhle mit Sublimatlösungen (1 : 5000) oder Salicylsäurelösungen unter geringem Drucke; Peritonitis erfordert Eisblase und Opium; bei hohem Fieber Phenacetin und laue Bäder mit nachfolgender Abkühlung (über letztere hat der Vortr. schon 1875 größere ihren Nutzen beweisende Versuchsreihen veröffentlicht); intern flüssige stärkende Ernährung und Alkohol. Außerdem wird gegen einzelne sich lästig machende Symptome rein symptomatisch verfahren.

Der Vortr. bespricht sodann die in neuerer Zeit gemachten therapeutischen Vorschläge:

1) Die Behandlung mit Credé'scher Silbersalbe. Dieselbe hat keine ihr sicher zuzuschreibenden Erfolge gegeben. Interessant aber ist, dass in dem letzten mit 7maliger Einreibung behandelten tödlichen Falle die von Dr. Klimmer ausgeführte chemische Untersuchung der Leber deutlich nachweisbare Spuren von Silber ergab, während die gleiche Untersuchung der Nieren und von Dünndarm- und Dickdarmstücken ein negatives Ergebnis hatte. Hierdurch scheint allerdings ein Nachweis gegeben zu sein, dass das eingeriebene Argentum colloidale von der Haut resorbirt wurde.

2) Atmokausis, Marmoreck'sches Serum, subkutane Kochsalzinfusion, Alkohol als Spülung der Gebärmutterhöhle und die Ausschneidung des septischen Uterus sind im Stadtkrankenhause nicht zur Anwendung gekommen.

Die bisherigen Veröffentlichungen waren nicht der Art, um von dem auf der Abtheilung (s. o.) geübten Verfahren abzugehen. Nur in einem der 42 Fälle hätte man vielleicht an die Ausschneidung denken können; derselbe ereignete sich, als der Vortr. auf Urlaub war.

Diskussion: Herr Leopold: In der Kgl. Frauenklinik kommen so schwere Fälle, wie der Herr Redner sie geschildert, nur selten vor; meist sind es leichtere, beginnende, bei denen die Behandlung von Anfang an einsetzen kann. Sobald ein Schüttelfrost eintritt, der meist durch Streptokokken, zuweilen auch durch Staphylokokken (event. mit Gonokokken gepaart) hervorgerufen ist, wird der Uterus mit 1—2 Litern 50%igem Alkohol ausgespült. Diese Ausspülung hat nie Nachtheile gezeigt, ist nicht schmerzhaft und meist von Erfolg; nur selten brauchte sie wiederholt zu werden. Ob die Ausspülung, die Säuberung des Uterus, dabei das Wirksame ist oder der Alkohol, steht noch dahin. Thrombosen verbieten die Ausspülung. Bei ihrer Diagnose können freilich Missgriffe vorkommen. Wo keine Schüttelfröste auftreten und nur Gonokokken gefunden werden, wird der Uterus in Ruhe gelassen.

In den ganz schweren Fällen muss man suchen, auf Grund genauester Beobachtung für die Therapie einen Angriffspunkt da zu finden, wo die schwerwiegendsten Symptome hervortreten. So ist es in einigen Fällen nach mühevollem Suchen event. unter Eröffnung der Leibeshöhle gelungen, lokalisirte, tiefversteckte Eiterherde (etwa in einem Parametrium oder am Tubenabgange oder in der Gebärmutterwand) aufzufinden und zu entleeren und so die Kranke zu retten. In anderen Fällen, wo keine Auftreibung des Leibes vorhanden war, wo Schüttelfrost auf Schüttelfrost folgte (rein venöse Form), wurde zweistündlieh die Temperatur gemessen und sofort bei beginnendem Anstiege Phenacetin 0,5 gegeben — zuweilen mit dem Erfolge, dass der erwartete Frost ausblieb und die Kranke sich allmählich erholte.

Auch Bäder kamen in entsprechenden Fällen zur Anwendung.

Silbersalbe hat L. nie versucht, weil er sich von vornherein keinen Erfolg davon versprechen konnte.

Marmoreck's Serum hält er für verbesserungsbedürftig und -fähig, aber nicht aussichtslos.

In 2 Fällen, die beide mit Tod endeten, hat er den Uterus entfernt, davon einmal nach septischem (kriminellem) Abort. Im Uterus fanden sich einzelne zerfallene Thromben, besonders am Tubenabgange; die Hauptmasse war schon in den Venae spermat. — Freund hat übrigens auch eitrige Thromben in den Ven. sperm. einmal operirt — (ob mit Erfolg?). Nur wenn man die Symptome so klarstellen und den Befund so formuliren kann, dass die Sepsis auf den Uterus beschränkt ist, kann man denselben entfernen, sonst besser nicht.

Herr Osterloh: Unter seinen Fällen fanden sich keine parametranen Eiterherde, die man hätte eröffnen können. Immer handelte es sich um allgemeine Sepsis. Jedenfalls wird er in Zukunft die 50%igen Alkoholausspülungen versuchen.

Herr Goedecke als Gast berichtet über

a. 5 bakteriell nachgewiesene Fälle von Sepsis, die, mit Alkoholausspülungen des Uterus behandelt, günstig verliefen.

b. 2 tödlich endende Fälle von Totalexstirpation bei Sepsis.

c. 5 ohne jeden Erfolg mit Silber behandelte Sepsis-Fälle, wobei die Kranken auch die Manipulation der Inunktion »unbehaglich« empfanden. — Ihm ist es zweifelhaft, ob bei den Ausspülungen gerade dem Alkohol (vielleicht durch seine härtende Wirkung) die Erfolge zuzuschreiben sind, ob nicht vielmehr die rein mechanische Ausspülung und Reinigung des Uterus das Wirksame ist.

Herr Grenser hat vor 10 Jahren einen Fall septischer Infektion ohne Lokalisation, bei dem ein Schüttelfrost dem anderen folgte, unter zweistündiger Temperaturmessung bei jedem Anstiege mit Antipyrin 1,0 (2—3 g pro die) und regel-

mäßigen lauen Bädern behandelt. An einen — allerdings bedenklichen — Collaps (Körpertemperatur unter 36° C.) schloss sich allmähliche Genesung an.

Herr Marschner ist erfreut, dass die Meinungen jetzt mehr wie früher einer aktiven Behandlungsart zuneigen. Er hat von jeher eine solche geübt und der Uterusausspülung sogar ein leichtes Curettement hinzugefügt in Erinnerung an einen Fall, bei welchem noch 6 Wochen post abortum die Sektion einen kleinen, der Curette sicher zugänglichen Eiterherd im Endometrium als Ausgangspunkt der Sepsis nachwies. Er spült und wäscht die Scheide gründlich aus, reinigt im Speculum das Collum mit 5%iger Karbollösung und durchspült den Uterus, bevor er zur Curette greift. Nach der Ausschabung nochmalige Uterusausspülung oder Auswaschung mit Lysollösung, die vielleicht durch Alkohol zu ersetzen wäre. Im Übrigen legt er großen Werth auf kalte Einpackungen und wiederholte kalte Bäder, so wie gleichzeitige kalte Duschen auf den Leib bei hochgradigem Meteorismus.

Herr Schramm ist gezwungen, alljährlich eine Reihe schwerster Puerperalfieberfälle aufzunehmen, nachdem diese zuerst auswärts behandelt und wegen ihrer Hoffnungslosigkeit dem Krankenhause überwiesen worden sind. Die ganze Ohnmacht der heutigen Therapie bei diesen schweren septischen Fällen drückt sich in seiner hohen Mortalitätsziffer von 95% aus. Von den verschiedenen Antipyreticis (Natr. salicyl., Phenacetin, Antipyrin, Chinin etc.) hat er keine dauernd günstige Einwirkung auf die Entfieberung gesehen. Es trat danach meist Appetitlosigkeit auf, die auch zu einem schnelleren Verfalle der Kranken führte. Wirksamer erwiesen sich dagegen laue Bäder (25° R.) mit kühleren Übergießungen und reichliche innerliche Darreichung von Alkohol (Kognak, Portwein). Bei putridem Lochialfluss wird der Uterus mit 1/2%iger Lysollösung ausgespült. Alkohol ist bis jetzt nicht in Anwendung gekommen, soll aber künftighin auch zu Ausspülungen versucht werden. In ausgiebiger Weise fand auch eine Schmierkur mit Silbersalbe statt, ohne dass eine günstige Einwirkung konstatirt werden konnte. Eine bessere Prognose gestatten die Fälle, bei denen parametrane Eiterherde einen Angriffspunkt darboten, deren operative Aufsuchung und Entleerung bei aller Schwere der Erscheinungen (Schüttelfrost) doch noch zur Genesung führte. Ein solcher Fall ist von ihm kürzlich der Gesellschaft vorgeführt worden.

Herr Marschner verwahrt sich ausdrücklich dagegen, dass er etwa voreilig ein aktives Verfahren anwende oder empfehlen wolle, was schon daraus ersichtlich ist, dass er in etwa 15jähriger Thätigkeit nur 3mal nach Entbindungen, öfters allerdings bei Abortus in geeigneten Fällen die Ausschabung vorgenommen hat; er betont aber ganz besonders, dass in allen Fällen ein guter Erfolg zu verzeichnen gewesen ist.

Herr Schramm: In Erinnerung an den günstig verlaufenen Schultze'schen Fall ist man in einzelnen verzweifelten Fällen immer wieder geneigt, die Totalexstirpation vorzunehmen. Jedoch ist es sehr schwer, genaue Indikationen dafür aufzustellen.

II. Wahl des Vorstandes für die Jahre 1901/2. 1. Vorsitzender: Herr Grenser, 2. Vorsitzender: Herr Marschner, 1. Schriftführer: Herr Buschbeck, 2. Schriftführer: Herr Goldberg.

III. Zu ordentlichen Mitgliedern werden einstimmig gewählt die Herren DDr. Goedecke, Weisswange, Kaiser, Geutner, Holtschmidt, Voigt.

IV. Zu Ehrenmitgliedern werden einstimmig gewählt Herr Prof. Dr. Sneguireff in Moskau und Herr Geh. Med.-Rath Dr. Stelzner in Dresden.

---

247. Sitzung am 20. December 1900.

Vorsitzender: Herr J. Schramm; Schriftführer: Herr Buschbeck.

Vor der Tagesordnung macht

1) Herr Weisswange aufmerksam auf ein neues, geruchloses und ungiftiges Antisepticum »Lysoform«, das in den Dresdener Apotheken nicht zu haben und

hier wenig bekannt zu sein scheint. Dasselbe, ein Formalinpräparat, scheint zumal für die Geburtshilfe und Gynäkologie eine Bereicherung des Arzneischatzes zu bilden.

Das Lysoform ist außerordentlich handlich. Es schäumt und macht Seife und Fett zur Untersuchung entbehrlich, löst sich in Wasser und Alkohol.

Der unangenehme Geruch der Phenolderivate, besonders des Lysols, fehlt vollständig.

Die Untersuchungen im Laboratorium von Robert Koch haben ergeben, dass Lysoform allerdings an Desinfektionswerth das Sublimat nicht erreicht, was auch beim Lysol nicht der Fall ist. Der Desinfektionswerth lässt sich aber durch Anwendung stärkerer Koncentrationen steigern. Es greift selbst rein die Haut nicht an.

Die toxikologische Prüfung hat die Ungiftigkeit des Lysoforms ergeben.

Zur Desinfektion der Hände genügen 2—3%ige Lösungen, zu Scheidenspülungen 1%ige Lösungen.

Die guten Eigenschaften, die Strassmann (s. Centralblatt für Gynäkologie No. 11) dem Lysoform nachrühmt, scheinen sich weiterhin, wie Vortr. von verschiedenen Seiten berichtet ist, und nach eigener Erfahrung voll zu bestätigen.

Die Vortheile des Lysoforms vor Lysol scheinen in seiner völligen Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit zu bestehen.

Besonders scheint das Lysoform empfehlenswerth für die ärztliche Sprechstunde, für die Praxis pauperum, wo wenige oder nur eine Schüssel zur Desinfektion zur Verfügung steht und für alle die Fälle, wo Geruchlosigkeit des Desinfektionsmittels erstrebt wird. Nach allen bisherigen Beobachtungen scheint das Lysoform einer größeren Beachtung und weiteren Prüfung wohl werth zu sein.

2) Herr Grenser berichtet im Anschlusse an den Vortrag des Herrn Osterloh in der letzten Sitzung der Gesellschaft über ein »Ecouvillonage« benanntes Verfahren zur aktiven Behandlung des Puerperalfiebers, das er in diesem Jahre bei Prof. Budin in Paris kennen zu lernen Gelegenheit hatte. Dasselbe besteht in der Ausschabung des Uterus mittels eines einer Cylinderbürste nicht unähnlichen Instrumentes, das aus Theilen von Federkielen besteht, die auf einem biegsamen Drahte befestigt sind.

Tagesordnung:

I. Geschäftliches.

Ihren Austritt aus der Gesellschaft haben erklärt die Herren DDr. Hertzsch und Flade.

Das Diplom der Ehrenmitgliedschaft an Herrn Prof. Sneguireff in Moskau ist abgegangen, das an Herrn Geh. Med.-Rath Dr. Stelzner persönlich vom Vorstande überreicht worden. Der Vorsitzende spricht der Gesellschaft im Auftrage des Herrn Geh. Med.-Rath Dr. Stelzner dessen aufrichtigen Dank aus.

II. Herr Dohrn: Über Entbindungen in der Agone. (Der Vortrag wird in der Volkmann'schen Sammlung erscheinen.)

Der Vorschlag, eine rettungslos dahinsterbende Frau vor ihrem nahen Tode durch einen Kaiserschnitt zu entbinden, ist erst in der Neuzeit aufgekommen. Früher galt es als ein Gebot der Humanität, eine solche Schwangere mit allen Operationen zu verschonen, welche nur dem Kinde nützen konnten. Erst 1840 sprach ein prakt. Arzt, Namens v. Röser in Bartenstein in Ostpreußen, es offen aus, es sei statthaft in solchem Falle im Interesse des Kindes den Kaiserschnitt zu machen. Der von ihm auf diese Indikation operirte Fall fand anfänglich gar keine Nachfolge, um so weniger, als 1858 ein Kaiserschnittfall in Breslau vorkam, welcher für die betheiligten Ärzte ein langwieriges gerichtliches Nachspiel hatte. Erst 1870 wurde die Zulässigkeit des Kaiserschnittes an der Sterbenden aufs Neue angeregt, zuerst von Stehberger und von Löwenhardt, dann folgten viele Andere mit kurzen Äußerungen über die Frage. Am ausführlichsten hat sich darüber Runge geäußert. Runge hält den Kaiserschnitt in solchen Fällen für vollkommen berechtigt, die Wahl des Operationsverfahrens steht allein dem Arzte zu.

Es kann nicht zweifelhaft sein, dass der Arzt die unabweisliche Pflicht hat, bei der sterbenden Schwangeren, wo es irgend möglich ist, das Kind aus dem Gefängnis des Mutterleibes operativ zu befreien. Aber freilich, der Ausführung dieser Absicht stellen sich viele Hemmnisse in den Weg, nicht allein die mannigfachen Hindernisse seitens der Angehörigen, als die Unsicherheit der ärztlichen Prognose über den genauen Zeitpunkt des Ablebens der Kranken. Dazu kommt, dass die Operation des Arztes, mag sie ärztlich berechtigt sein, doch der unsicheren Beurtheilung der Gerichte und dem schiefen Urtheile des Publikums ausgesetzt ist.

Bei der jetzigen Lage unserer Gesetzgebung und bei dem zweifelhaften Erfolge für das Kind muss sich der Arzt in solchem Falle eindringlich die Frage vorlegen, ob er den Kaiserschnitt macht, oder ob er lieber die Operation unterlässt.

Diskussion: Herr Grenser erinnert sich aus seiner Praxis zweier Fälle, wo der Kaiserschnitt an der Sterbenden in Frage kommen konnte. Im 1. Falle handelte es sich um eine an Morbus Brightii sterbende, im 8. Monate der Schwangerschaft befindliche Frau. Man machte die Sectio caesarea in mortua, das Kind war todt. Der 2. Fall betraf eine an Pneumonie und Lungenödem erkrankte junge Frau. Auch hier ging das Verhängnis am 4. Tage seinen Lauf, ehe man sich zur Operation entschloss. Jedenfalls heißt es, in solchen schwierigen Lagen von Fall zu Fall zu entscheiden und niemals ohne Zuziehung eines oder mehrerer Kollegen.

Herr Leopold stimmt dem Vortr. bezüglich der außerordentlichen Schwierigkeit der Indikationsstellung für den Kaiserschnitt an der Sterbenden vollständig bei, er steht aber auf dem Standpunkte, dass in einem solchen Falle die Verhältnisse der Privatpraxis doch anders liegen als die der Klinik. Es ist dem Praktiker nicht zum Vorwurfe zu machen, wenn er den Kaiserschnitt in agone nicht macht; in einer Klinik aber mit allen ihren Hilfsmitteln ist die Operation in vielen Fällen entschieden angezeigt. Zum Beweise hierfür werden neben anderen 2 Fälle ausführlich geschildert, wo die Operation an Frauen vorgenommen wurde, die an schweren Herzerkrankungen sterbend auf den Gebärsaal gebracht wurden.

Gegenüber Einwendungen von juristischer Seite ist in solchen Fällen unbedingt die wissenschaftliche Überzeugung auf das Entschiedenste zu wahren.

Herr Dohrn ist auch außerhalb der Klinik mehrmals zu sterbenden Schwangeren bezw. Gebärenden gerufen worden. Die den Angehörigen gemachte Auseinandersetzung, dass die einzige Rettung für das lebende Kind der Kaiserschnitt sei, hat stets Abweisung, einmal sogar in sehr scharfer Form, gefunden. Die Schuld der Aussichtslosigkeit unserer Bemühungen für das Kind hat jedenfalls nicht der Arzt, sondern das Publikum.

III. Herr Krull: Über 4 Fälle von Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus. (Erscheint im Archiv für Gynäkologie.)

Vortr. bringt 4 Fälle von Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus zur Kenntnis, welche sämmtlich in der Kgl. Frauenklinik zu Dresden zur Operation gekommen sind. (Fall 2 wurde schon von Wehle in der 186. Sitzung der Gesellschaft [1893] erwähnt.)

Die Fälle bieten in so fern hohes Interesse, als bei zweien die Diagnose mit voller Sicherheit, bei einem dritten Falle mit größter Wahrscheinlichkeit gestellt wurde. Nach näherem Eingehen auf die Krankengeschichte, auf den Untersuchungsbefund, auf den Befund bei der Operation, auf den Gang der Operation werden die Präparate demonstrirt und es wird eine kurze Zusammenfassung dieser 4 Fälle gegeben. Es wird der Begriff »rudimentär« erklärt und es wird nachgewiesen, dass es sich in den 4 Fällen auch wirklich um eine Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorne des Uterus gehandelt hat.

Nachdem die Art der Befruchtung, die Beschwerden und Komplikationen bei einer solchen Schwangerschaft hervorgehoben sind, wird besonders das seltene Vorkommnis erwähnt, dass bei 2 Fällen der Endtermin der Schwangerschaft erreicht und dass bei dem einen Falle die Frucht sogar 8 Monate über den Endtermin hinaus getragen wurde. Es wird ferner auf das Ausbleiben der Regel, auf die Ausstoßung einer Decidua und auf den Sitz einer etwaigen Ruptur hin-

gewiesen; dann wird besonders betont, wie die Diagnose zu stellen ist und dass es nur eine Therapie, nämlich die Operation, giebt. Sämmtliche Fälle sind als geheilt entlassen worden. Zwei wurden wieder schwanger und gebaren in der Klinik ausgetragene gesunde Kinder.

Diskussion: Herr Schramm erwähnt den von ihm in der 7. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie ausführlich mitgetheilten ähnlichen Fall, der in so fern ein besonderes Interesse darbot, als bei der Operation eine Ureter-Uterusfistel entstand, welche durch einen zweiten operativen Eingriff zur vollständigen Heilung gebracht wurde.

Neueste Litteratur.

2) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 1.

1) W. A. Freund (Straßburg). Zur Anatomie und Pathologie der Dehiscenz des graviden Uterus.

F. berichtet über einen Fall von spontaner Uterusruptur bei einer Ipara, bei der gegen Mitte der Gravidität die Kindesbewegungen allmählich aufgehört und Schmerzen in der Beckengegend sich eingestellt hatten. Zeitweise erfolgte geringer Blutabgang; unter den Symptomen chronischer Peritonitis bildete sich rechts am Unterleibe eine Vorwölbung aus, die bei der Untersuchung als die ektopisch neben dem nicht scharf abgrenzbaren Uterus gelagerte Frucht erkannt wurde. Die Laparotomie klärte den Fall vollends auf. Es handelte sich um eine Fundusruptur mit Austritt von Kind und Placenta in die Leibeshöhle und sekundärer Abkapselung und permanentem Offenbleiben der Rupturstelle, deren Ränder unmittelbar in die abkapselnde Membran übergehen. Exstirpation des Fruchtsackes, Excision der Rupturstelle, wobei die Uterinöffnung der rechten Tube oberflächlich abgetragen wird. Vernähung des dadurch entstandenen Trichters im Fundus; die genau median gelegene Nahtstelle wird durch eine Einsenkung am Fundus markirt. Glatte Rekonvalescenz. Entlassung mit Occlusiv-Pessar. Der Fötus, männlich, entsprach dem 5. Monate und präsentirt sich als Fötus papyraceus; an der ihn einhüllenden Kapsel ist mikroskopisch Placentargewebe erkennbar; vom Nabelstrange haftet ein kleiner, 1 cm langer, vertrockneter Rest am Bauche des Fötus. Die Ruptur hat sich offenbar an eine Implantation des Eies im Fundus angeschlossen. Diese Implantation wurde begünstigt durch die infantile Beschaffenheit des Uterus, bei der die Innenfläche des Fundus tiefer liegt als die Tubenmündungen. Die Folge einer derartigen Implantation ist eine ganz besonders starke Dehnung des Fundus mit gleichzeitiger hochgradiger Wandverdünnung, die ja an der Placentarstelle als physiologisch zu bezeichnen ist. Die Verdünnung des Fundus bedingt eine Cirkulationsstörung, eine Kompression der Sinus uterini und später der übrigen Gefäße, dadurch eine Sauerstoffverarmung des Fötus, seinen Tod und apoplektische Ergüsse in Ei und Placenta. Die Volumsvermehrung des Inhaltes führt zu einem allmählichen Auseinanderweichen der Gewebslagen gerade an der besonders schwachen Placentarstelle, zum Austritt des Fötus und eines Theiles der Placenta, die durch lokale Peritonitis abgekapselt werden. Auffallende, klinische Symptome, besonders solche einer inneren Blutung fehlen bei einer solchen langsam eintretenden Dehiscenz. F. meint, dass eine energische bimanuelle Palpation gelegentlich eine solche unmittelbar bevorstehende Dehiscenz direkt herbeiführen könnte. Dass der Querschnitt im Fundus nach Fritsch bei Sectio caesarea eine Disposition für die Ruptur schafft, ist nicht anzunehmen. F. hat bei Uterusruptur in einem Falle den halben Fundus mit der Pars keratina dextra abgetragen und danach eine ungestörte Gravidität beobachtet. F. regt weiterhin die Frage an, ob nicht ähnliche Verhältnisse wie in dem geschilderten Falle auch beim habituellen Abort eine Rolle spielen könnten. Er weist des weiteren auf Regulationsvorrichtungen hin, die zu starken Druckschwankungen während der Gravidität vorzubeugen haben, die Jungblut'schen Gefäße für das fötale, die

Sinus uterini für das mütterliche Placentarsystem. Die regelmäßig gegen Ende der Schwangerschaft eintretende Thrombosirung resp. Obliteration dieser Gefäße und Sinus und die dadurch hervorgerufene Cirkulationsänderung könnten einen bedeutsamen Vorakt zur Einleitung der Geburt bilden, und es wäre naheliegend, in einer vorzeitigen Aufhebung dieser Regulationsvorrichtung den Grund für das Absterben auch unreifer Früchte zu suchen.

2) Ahlfeld (Marburg). Die intra-uterine Ballonbehandlung Zwecks Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken.

A. hat Betreffs der Mortalität der Kinder bei der künstlichen Frühgeburt schlechtere Resultate, seit er an Stelle der Krause'schen Bougiemethode die intrauterine Kolpeuryse anwendet (60,4% gegen 44,8%). Er sieht den vermuthlichen Grund zunächst in dem häufigeren Vorkommen von Schief- und Querlagen bei der Kolpeuryse, weil der intra-uterine Ballon den vorliegenden Kopf bei Seite schiebt. Das ist an sich kein Nachtheil, wenn die Extraktion des gewendeten Kindes nicht durch Strikturen des unteren Gebärmutterschlauches erschwert wird. Das ist aber gerade bei der Ballonanwendung zuweilen der Fall. Die Überdehnung des elastischen Gewebes lässt sofort nach Entfernung des Ballons nach, der Muttermund »schnurrt« zuweilen wieder zusammen und kann die Extraktion des nachfolgenden Kopfes hindern. Außerdem hat A. aber auch den Kolpeurynter bei stärkerer Beckenverengerung angewendet (Durchschnittsmaß der Conj. vera von 7,5 cm), als des Bougie (Conj. vera durchschnittlich 7,96 cm). Mit dieser Zunahme der Beckenverengerung stimmte die geringere Körpergröße der durch Frühgeburt entbundenen Frauen überein. In Folge dessen plaidirt A., im Gegensatze zu seiner früheren Anschauung, für einen früheren Termin zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, verlangt aber dann die Bereithaltung von Brutapparaten. Auch soll für Zustandekommen einer Schädellage gesorgt und der Kolpeurynter daher nur zur ersten Erweiterung des Cervixkanals benutzt werden. Für den weiteren Verlauf wäre entweder der künstliche Blasensprung oder eine Bougie für die Wehenerregung anzuwenden.

3) A. Hegar (Freiburg). Zur abnormen Behaarung.

H. theilt einen Fall von Hypertrichosis mit Entwicklungshemmung der Genitalien mit. Bei der 21jährigen Nullipara war die Behaarung der äußeren Genitalien nicht besonders stark. Dagegen war die Linea alba im unteren Theile mit 1—2 cm langen Haaren besetzt. Die Unterschenkel zeigten dicht stehende, 3 bis 4 cm lange Haare, die sich auch, weniger reichlich, an den Oberschenkeln fanden. Oberlippe und Kinn waren mit 1 cm langen Haaren dicht besetzt. Die vordere Scheidenwand wies einen auffallenden Reichthum quer verlaufender Furchen und Kämme auf. Durch eine besonders tiefe Furche vor der vorderen Muttermundslippe wurde das Bild eines doppelten Muttermundes vorgetäuscht — Verhältnisse, wie sie sich in ganz ähnlicher Weise an der fötalen Scheide und beim Neugeborenen vorfinden. H. betont unter Hinweis auf die spärlichen Litteraturangaben und seine eigenen Erfahrungen, dass die Hypertrichosis mit keinem bestimmten Entwicklungsfehler, sondern mit den verschiedensten Anomalien kombinirt auftreten kann, dass es auch eigentliche intra-uterine Erkrankungen giebt, die mit ungewöhnlicher Behaarung einhergehen, dass endlich die Kombination von abnormer Behaarung mit Geschwülsten der Ovarien und der Mamma, mit Phthisis, Akromegalie und Geisteskrankheiten nicht selten festzustellen ist.

4) Kunze (Jena). Ein Fall von zahlreichen Impfmetastasen eines primären Plattenepithelkrebses der Cervix auf der Mucosa des Cavum uteri.

Es handelte sich um ein primäres Plattenepithelcarcinom der Cervix, das sowohl abwärts als auch besonders aufwärts sich weiter entwickelt, einen mechanischen Verschluss am inneren Muttermunde veranlasst und zu einer Sekretstauung im Cavum uteri (Pyometra) geführt hatte. Im Bereiche des primären Tumors zeigte sich ein bemerkenswerther Reichthum an Gefäßen, die zum Theil bis direkt unter die Epitheldecke heranreichten. Die Epitheldesquamation wurde hierdurch ganz

besonders begünstigt. Eine derartige Epithelabstoßung war auch oberhalb des verlegten inneren Muttermundes erfolgt; in dem angestauten Sekret des Cavum uteri war eine Dissemination der losgelösten Krebszellen leicht gewesen. Die Folgen waren multiple Metastasen von Plattenepithelcarcinom auf der Schleimhaut des Corpus. Die Pat. wurde nach glatt verlaufener vaginaler Totalexstirpation des Uterus gesund entlassen. Die Parametrien hatten sich beiderseits narbig verdickt angefühlt, ohne dass der Uterus seine Beweglichkeit eingebüßt hatte. Mikroskopisch konnte festgestellt werden, dass das Carcinom etwa in der Mitte der Cervix fast die äußerste Grenze der Muskulatur bereits erreicht hatte, dass die Parametrien aber beiderseits noch vollkommen carcinomfrei waren. Der exakten Arbeit ist eine Tafel mit vortrefflichen Abbildungen beigegeben. Die gleichartigen Fälle der Litteratur sind gesammelt und kritisch besprochen.

5) Winternitz (Tübingen) und F. Henke (Breslau). Zur Kasuistik der retro-uterinen, subperitonealen Tumoren.

W. theilt 2 Fälle von retroperitoneal gelegenen und von Döderlein resp. ihm selbst operirten Tumoren mit. Von dem 2. Falle wird nur kurz angegeben, dass die mikroskopische Diagnose auf Sarkom gestellt wurde, als nach 3 Jahren ein mannskopfgroßes Recidiv auftrat, dem Pat. nach einigen weiteren Monaten erlag. Der 1. Fall ist von H. mikroskopisch recht genau untersucht. Es handelte sich um eine kindskopfgroße Cyste mit den histologischen Charakteristicis einer Ovarialcyste, die papilläre Exkrescenzen so wie ein Anhängsel aus glatter Muskulatur aufwies und in deren Wand massenhaft Psammomkörner eingelagert waren. H. glaubt, dass die Cyste aus versprengten Keimen hervorgegangen ist. Die Vermuthung, dass ein überzähliges Ovarium den Ausgangspunkt gebildet haben könnte, bestätigte sich nicht, wenigstens wurden keine Follikel in der Cystenwand und in dem myomatösen Appendix gefunden. Bei der Laparotomie dieses Falles (Döderlein) wurde die Myombildung für einen Carcinomknoten gehalten. Bei dem Herauspräpariren desselben riss das Rectum ein, der obere Theil der Cystenwand wurde resecirt, die zurückbleibende Höhle mit Jodoformgaze nach der Scheide hin drainirt, das Peritoneum darüber geschlossen. Die Pat. starb 4 Monate später in Folge von mechanischem Ileus einer Dünndarmschlinge, der zur Perforation der Schlinge führte. Bei der Sektion fand sich keine Spur des zurückgelassenen Cystensackes mehr vor. Er war geschrumpft und in die Adhäsionen des Douglas'schen Raumes aufgegangen.

6) B. Krönig (Leipzig). Ein retroperitoneal gelegenes voluminöses Polykystom, entstanden aus Resten des Wolff'schen Körpers.

Der retroperitoneal hinter dem Uterus gelagerte Tumor dehnte sich fast bis zur Nabelhöhe aus. Uterus und Blase stark nach oben verzerrt, ersterer außerdem anteponirt, das Rectum durch den Tumor stark komprimirt. Die Diagnose wurde auf intraligamentäres Ovarialkystom gestellt. Bei der Laparotomie ergab sich, dass die beiderseitigen Adnexe an dem Tumor absolut unbetheiligt waren. Derselbe war mit dem Beckenboden und der Hinterwand des Uterus fest verwachsen und an seiner Oberfläche von Serosa bedeckt. Er ließ sich theils stumpf, theils mit der Schere aus seinen Adhäsionen lösen, nachdem durch Punktion ca. 1 Liter einer dünnen, braunrothen Flüssigkeit entleert war. Die Blutung war durch Umstechung und Verschorfung sicher zu beherrschen. Uterus und Adnexe blieben völlig intakt zurück, die Blätter der Lig. lata waren nicht entfaltet, nur das Peritoneum von der hinteren Beckenwand und der rechten Seite des S romanum war weithin abgehoben. Die bei der Tumorauslösung etwas zerfetzte Wand des Rectums wurde durch eine fortlaufende Katgutnaht zusammengenäht. Die Bauchhöhle geschlossen. Fieberfreier Verlauf. Das Resultat der sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung ist äußerst interessant. K. kommt zu dem Schlusse, dass der Tumor aus Resten des Wolff'schen Körpers hervorgegangen, anfänglich in der Hinterwand des Uterus entstanden und später in das Zellgewebe des Douglas hinausgeschoben ist, dass es sich also um ein paroophorales Myom im Sinne v. Recklinghausen's gehandelt hat. Die Kuppel der Geschwulst, die in die

Abdominalhöhle hineinragte, zeigte cystische Struktur. Die Innenwand der Cyste war mit einschichtigem Cylinderepithel ausgekleidet, in der Wand selbst fanden sich vereinzelte Züge glatter Muskelfasern und vereinzelte Drüsen. An der im Douglas gelegenen Geschwulstbasis zeigte das Gewebe den typischen Bau eines cystischen Adenoyoms. Anordnung, Lage und Bau der Drüsen entspricht ganz der von v. Recklinghausen gegebenen Schilderung. Auch fanden sich Hämorrhagien, Pigmentanhäufungen und Gebilde, die vielleicht als »Pseudoglomeruli« aufzufassen sind. K. bespricht sodann ausführlich die wenigen gleichartigen Fälle aus der Litteratur, die zum Theil eine andere Deutung erfahren haben. Es sind dies die Fälle von Hartz, v. Recklinghausen, Pfannenstiel, Breus und Pick.

7) E. Kehrer (Freiburg). Beitrag zu den glandulären Ovarialtumoren und zur Hydrocele feminina.

Der beschriebene Tumor stammt aus der Hegar'schen Klinik. Es handelte sich um ein großes, multilokuläres Ovarialkystom. Der Gehalt an glatter Muskulatur und Schleimgewebe in der Cystenwand ließ an eine Kombination mit Teratom denken. Eine exakte Untersuchung konnte diese Vermuthung indess nicht stützen. Die glatten Muskelfasern fanden sich in den verschiedensten Bezirken des Tumors. Ihre Anordnung um röhrenförmige kleinere Kanalsysteme, seltener um die mit Flimmerepithel ausgekleideten cystadenomatösen Räume, sprach für die Abstammung aus Urnierenresten; das histologische Bild entsprach den Sexualsträngen Waldeyer's, v. Köllicker's, v. Franqué's und S. Neumann's. K. deutet demnach den Tumor als ein Cystoma glandulare proliferum ovarii, das mit einem paroophoralen Cystadenofibromyom kombinirt ist. Eine Betheiligung von Urnierenresten an der Bildung von Eierstockstumoren war bisher nicht bekannt; der Fall ist als der erste derartige ganz besonders beachtenswerth. K. konnte auch in einem hyalin degenerirten Ovarium einer Osteomalakischen Urnierenreste nachweisen. Abgesehen von dem großen Ovarialkystom hatte die von Hegar operirte Frau noch einen cystischen Tumor der Leistengegend, der eine Hydrocele cystica repräsentirte und dicht vor dem äußeren Leistenringe saß. Die anatomische Struktur der Cystenwand wird von K. besprochen. Auf dem Lig. latum fanden sich sowohl an der freien Oberfläche als auch zwischen den beiden Blättern multiple, kleine, harte Gebilde, die als verkalkte Thromben erkannt wurden. Der interessanten Arbeit ist eine den Bau des Eierstockstumors charakterisirende Abbildung beigegeben.

8) E. Kehrer (Freiburg). Die primäre carcinomatöse Degeneration der Dermoidcysten des Ovariums.

Verf. bespricht einen sehr interessanten Fall von carcinomatöser Degeneration einer Dermoidcyste des Ovariums aus der Kehrer'schen Klinik in Heidelberg. Entfernung des großen rechtsseitigen Tumors, so wie der linken Adnexe, von denen das Ovarium gleichfalls in einen Tumor von ungefähr der Größe einer Billardkugel umgewandelt war, durch Laparotomie. Nach reaktionslosem Verlaufe am 4. Tage Exitus durch Lungenembolie. Die Sektion wies als Ausgangspunkt der Embolie einen Thrombus der Vena spermatica nach. Der rechte Ureter war verzogen und verengt, anscheinend durch den Druck des Tumors, ohne bei der Laparotomie lädirt worden zu sein. Die ausführlich mitgetheilten Ergebnisse der äußerst exakten und eingehenden mikroskopischen Untersuchung genauer hier aufzuführen, verbietet der Raum. K. fand das Bild eines typischen, plexiformen, im Stadium der Retezellen verharrenden Epithelioms. Hornperlenbildung fehlte völlig, im Gegensatze zu den übrigen 7, bisher in der Litteratur niedergelegten Fällen.

Auch in dem linken Ovarientumor fand sich ebenfalls ein Dermoidhöcker. In einer Schnittserie konnte K. die Bestandtheile der 3 Keimblätter, so wie elastischen Knorpel und Gehirngewebe nachweisen. In letzterem sah er 2 lange, parallel verlaufende Hohlräume, die, sicherlich mit Recht, als Rudimente von Seitenventrikeln angesprochen wurden. In der Einleitung seiner Arbeit betont K. in Anlehnung an Geyer den Unterschied zwischen Komplikation von Dermoid-

cysten mit malignem Tumor, wobei es sich um maligne Degeneration der Dermoidcyste selbst handelt, und Kombination beider Affektionen, wobei ein vom Dermoid nicht occupirter Ovarientheil oder ein aus vorher gesundem Ovarialgewebe entstandenes Cystadenom maligne Degeneration zeigt oder auch der Ausgangspunkt des bösartigen Neoplasmas nicht mehr erkennbar ist. Weiterhin stellt er die 7 bisher bekannten gleichartigen Fälle zusammen. Bezüglich eines Falles des Japaners Yamagioa, auf dessen histologische Befunde näher eingegangen wird, lässt K. es unentschieden, ob ein malignes Epitheliom, wie in allen übrigen Fällen, auch in dem K.'s, oder ein Drüsencarcinom vorgelegen hat.

Sämmtliche bisher bekannten Fälle von carcinomatöser Degeneration der Dermoidcysten endeten ungünstig. Es bestand stets ausgesprochene Neigung zu Metastasenbildung, zum Durchbruche nach der Blase oder ins Rectum, besonders aber zur Vereiterung. Die Frauen wurden schnell kachektisch. Im Falle K.'s fehlten Metastasen und Verjauchung völlig, und die Aussichten auf Genesung schienen sehr günstig, als leider die tödliche Embolie eintrat.

9) Reipen (Halle). Die Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus.

Das Hallenser Krankenmaterial von Kaltenbach und Fehling ist statistisch durchgearbeitet und namentlich hinsichtlich der Dauerresultate exakt nachgeprüft. 3 Jahre Recidivfreiheit werden zum Dauererfolge für genügend gehalten. Es werden daher die bis 1. April 1897 Operirten dabei berücksichtigt. 25,14% derselben sind als dauernd geheilt anzusehen. Vom 1. April 1887 bis zum 31. März 1900 ist bei 303 Fällen die vaginale Totalexstirpation ausgeführt. Im unmittelbaren Anschlusse an die Operation starben 20 = 6,6%; Nebenverletzungen an Blase und Ureteren ereigneten sich in 8,91%. Die Indikationsstellung ist eine ziemlich weitgehende gewesen. Infiltration der Parametrien bis zur Beckenwand und Ergriffensein der Blasenwand galten als Kontraindikation. Ein Drittel aller Uteruscarcinomfälle, die die Hallenser Klinik aufsuchten, wurden als operabel mit vaginaler Totalexstirpation behandelt. Die Freund'sche abdominale Operation wurde nie gemacht. Auch heute bei vervollkommneter Technik ereignen sich dabei 20% primäre Todesfälle. Die vaginale Totalexstirpation ist daher sehr viel ungefährlicher und vorzuziehen.

10) Kneise (Halle). Die Bakterienflora der Mundhöhle des Neugeborenen vom Momente der Geburt an und ihre Beziehungen zur Ätiologie der Mastitis.

K. stellte seine Untersuchungen an 50 Neugeborenen der Hallenser Frauenklinik an. Ohne auf die Technik des Verfahrens näher einzugehen, bei dem eine Sekretentnahme aus dem Munde des Kindes sofort nach dem Durchtritte des Kopfes unter wohl zuverlässiger Ausschaltung grober Fehlerquellen stattfand, sei nur von den durch Kulturverfahren festgestellten Resultaten das Wesentlichste mitgetheilt. Die Mundhöhle eines durch Kaiserschnitt entwickelten Kindes erwies sich unmittelbar nach der Geburt als keimfrei, bei 97,5% der per vias naturales geborenen Kindern dagegen war sie keimhaltig. Von diesen Letzteren wiesen 43,9% Staphylokokken, 14,6% Streptokokken auf. Beide Kokkenarten wurden zum Theil hochvirulent befunden (Thierversuch). Im Verlaufe der ersten Wochenbettstage wuchs die Zahl der Mikroorganismen in der kindlichen Mundhöhle procentualiter. Bei Kindern, deren Mütter Mastitis bekamen, fanden sich immer Staphylokokken, bei 73,7% auch Streptokokken in der Mundhöhle. In einem Falle wurde mit Sicherheit erwiesen, dass die kindliche Mundhöhle der inficirende, die mütterliche Brustwarze der inficirte Theil war, in den anderen Fällen verhielt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit eben so. Die Bakterienflora der Mundhöhle des Kindes ist identisch mit derjenigen des mütterlichen Scheidensekretes. Die pyogenen Keime leben auch unter normalen Verhältnissen als harmlose Saprophyten (entgegen Krönig) in der Scheide. Die Lehre von der Selbstreinigung der Scheide muss wesentlich eingeschränkt werden. Selbstinfektion im Sinne von Kaltenbach ist zuzugeben. Einfache Scheidenspülungen mit Desinficientien bedingen keine

Abnahme der Keime im Vaginalsekret. Bei Durchtritt des Kopfes durch die Scheide wird das Vaginalsekret theils aktiv vom Fötus durch Schluckbewegungen, theils passiv durch Druck der Vaginalmuskulatur (bewiesen an todtgeborenen Kindern) in die kindliche Mundhöhle gebracht. Vielleicht ist der Gehalt des Darmkanals an Bakterien eine physiologische Nothwendigkeit. Eine Desinfektion der kindlichen Mundhöhle ist unmöglich, prophylaktisch muss vor Allem das sofortige Absetzen des Kindes bei Schrunden an den Brustwarzen unbedingt gefordert werden.

11) Wormser (Basel). Zur Frage nach dem Keimgehalte des Uterus in den späteren Tagen des normalen Wochenbettes.

Von 100 Frauen, die ein afebriles Wochenbett durchgemacht hatten, wurde bei 84 am 11.—18. Tage die Uterushöhle keimhaltig gefunden. Dieser Befund stimmt mit dem von Burckhardt überein, steht aber in schroffem Gegensatze zu den Angaben von Döderlein und Winternitz. Die Ursache für die Verschiedenheit der Resultate liegt nach W. in der verschiedenen Quantität des zur Prüfung verwendeten Materiales. W. entnahm stets 2—3 ccm, die er in sterilem Wasser vertheilte und dann zur Anlage von Kulturen verwandte; kleine Fetzchen nekrotischer Decidua waren oft die Träger der Keime. Derartig abgestorbene Gewebspartikelchen verbessern offenbar den Nährboden und begünstigen auch desshalb das Wachsthum der Keime. Sämmtliche am 11. oder 12. Tage des normalen Wochenbettes aus dem Uteruscavum gezüchteten Keime waren fähig, anaërob zu wachsen. W. schließt aus seinen Resultaten, dass die Uterushöhle im normalen Spätwochenbette in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keimhaltig ist. Das Schleimhautepithel hat sich in dieser Zeit schon regenerirt, die Thromben an der Placentarstelle sind in voller Organisation begriffen. Störungen bleiben daher trotz des Keimgehaltes aus, wenn keine Lochialretention, keine verzögerte Schleimhautregeneration vorliegt und wenn die hinaufgewanderten Keime keine besonders hohe Virulenz zeigen. Begünstigend für diese auch spontan eintretende Ascendenz der Scheidenbakterien in den Uterus ist die digitale Exploration, ferner Retention von Eihäuten und Läsionen der Scheidenwände und des Dammes. Döderlein und Winternitz bezeichnen keimhaltige Lochien als Übergang zum Pathologischen, was in einer subfebrilen Temperatur zum Ausdrucke komme. W. dagegen giebt wohl zu, dass bei subfebrilen Temperaturen die Lochien stets keimhaltig sind, betont aber andererseits, dass bei $^2/_3$ der von ihm untersuchten Wöchnerinnen trotz nicht steriler Uterushöhle nie Temperaturen über 37,5° (Achselhöhle) beobachtet wurden.

Dagegen ist die Uterushöhle innerhalb der ersten Woche post partum normalerweise steril. Ein Keimgehalt innerhalb dieser Zeit ist also ohne Frage stets pathologisch.

Fleurent (Straßburg). Ist die Perforation des lebenden Kindes unter allen Umständen durch den Kaiserschnitt oder die Symphyseotomie zu ersetzen?

Pinard hat bekanntlich in letzter Zeit wiederholt die in dem Thema enthaltene Frage bejaht. Freund nahm in einer klinischen Vorlesung Veranlassung, einen derartigen Standpunkt für ganz unzulässig zu erklären. Die kurze Arbeit von F. ist eine Rekapitulation dieses Kollegs. Mit aller Schärfe und nachdrücklichster Betonung wird die Perforation des lebenden Kindes als eine durch die guten Resultate bei Sectio caesarea und Symphyseotomie sehr eingeschränkte, aber bei relativer Indikation und absolut verweigerter Operationserlaubnis leider noch nothwendige Operation erklärt, die der praktische Geburtshelfer nicht entbehren kann. Die ausdrückliche Erlaubnis zum Kaiserschnitt und zu der Symphyseotomie seitens der Gebärenden ist nach Freund eine conditio sine qua non, während Pinard sich mit der allgemeinen Andeutung »il faut vous aider« begnügt, wenn er den Bauch aufschneiden will. **Stoeckel** (Bonn).

Neugeborenes.

3) **N. Swoboda** (Budweis). Giebt es eine Melaena vera?

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Vor 4 Jahren hat S. als Erster an der Hand mehrerer Fälle nachgewiesen, dass die Quelle der tödlichen Blutung bei Melaena die Nasenhöhle sein kann. Das Blut fließt längs der hinteren Rachenwand in die Speiseröhre, kommt in den Magen und wird theils erbrochen, theils durch den Darm entleert. Seit dieser (durch nachfolgende Autoren bestätigten) Kenntnis des nasalen Ursprunges der Melaena ist im Wiener Findelhause kein Fall von Melaena mit negativem anatomischen Befunde, also von Melaena vera, mehr zur Beobachtung gekommen. S. unterzieht desshalb die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Melaena einer Kritik und lehnt dieselben durchweg ab, indem er nachweist, dass bisher in der Litteratur kein einziger einwandfreier Fall von Melaena vera existirt, denn allen in diese Gruppe gezählten Fällen liegen unvollständige Sektionsbefunde zu Grunde: die Beschreibung der Nasenschleimhaut fehlt regelmäßig. S. zählt nun die einzelnen Punkte genau auf, welche das Sektionsprotokoll enthalten muss, ehe man von Melaena vera reden kann. Bei dieser Gelegenheit macht S. noch aufmerksam auf die eminent praktische Bedeutung einer regelmäßigen Untersuchung der Nasen- und Paukenhöhle bei allen Säuglingssektionen. Das Resultat war ein überraschendes: in vielen Fällen fand er unerwartet Erkrankungen der Nasenschleimhaut, in der überwiegenden Mehrzahl aber Eiterung in der Paukenhöhle, die oft mit dem Tode in nachweisbarem Zusammenhange stand. Es ist nach diesen Erfahrungen sicher, dass jetzt viele Todesfälle an Magen-Darm- und Bronchialkatarrh aufgeführt werden, die an Otitis media mit unbeachteten, unauffälligen Symptomen zu Grunde gegangen sind. Auch bei nasalem Ursprunge der Melaena werden übrigens nicht alle Fälle durch die Tamponade gerettet werden können, besonders wenn gleichzeitig intrameningeale Blutungen oder schwere Allgemeinerkrankungen vorhanden sind. **Piering** (Prag).

4) **H. J. Laméris** (Utrecht). Kongenitale Atresie des Dünndarmes.

(Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde 1900. No. 9.)

Das Ileum endet blind unmittelbar vor dem Coecum. Statt Ileum mündet in das Coecum ein $3^1/_2$ mm dicker Strang, der sich allmählich im Mesenterium verliert. Beim Leben des Kindes ging vom blinden Ende des Ileum ein 3 mm dicker Stiel durch die Bauchwand in die Nabelschnur, wo sie mit einer beiderseits blind endenden und mit einem kurzen Meckel'schen Divertikel versehenen Darmschlinge zusammenhing. Die Nabelschnur war dem entsprechend ausgedehnt. In dieser abgeschnürten Darmschlinge war eine dicke breiige Masse (Detritus, Cholestearinekrystalle, Epithelien, Leukocyten). Das Colon war normal gelagert, sehr dünn (4 mm), enthält dieselbe breiige Masse wie oben beschrieben.

Weil innerhalb 24 Stunden post partum kein Meconium per anum entleert war und das Kind Meconium brach, wurde es zur Operation in die chirurgische Klinik gebracht, wo zuerst die Diagnose »Hernia funiculi umbilicalis incarcerata«, später »theilweise persistirender Ductus omphalo-entericus« gestellt wurde. Der Stiel zwischen den außerhalb und innerhalb des Nabels liegenden Darmschlingen wurde doppelt unterbunden, die Bauchwand in 3 Etagen geschlossen. Das Kind starb 24 Stunden post operationem.

Verf. erklärt sich den Fall so, dass ein Theil des Ductus omphalo-entericus geblieben ist, der Darm sich beim Schließen der Bauchhöhle nicht ganz in dieselbe zurückziehen konnte. Es hat sich sodann der proximale Theil des Ileum am Nabelstiele geschlossen und an dem distalen, in der Entwicklung zurückgebliebenen und verdünnten Theile vorbeigeschoben. Die beste Therapie, die einzige, wäre Enteroanastomose, technisch aber wohl nicht ausführbar.

Semmelink (Leiden).

5) **Sonnenberger.** Beiträge zur Ätiologie und Pathologie der akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, besonders der Cholera nostras.
(Therap. Monatshefte 1901. Januar.)

In den normalen anatomischen und physiologischen Verhältnissen der Säuglingsverdauungsorgane hat man Zustände vor sich, wie sie beim Erwachsenen nur unter pathologischen Verhältnissen vorkommen, nämlich die motorische Insufficienz des kindlichen Magens und Darmes, die geringe Quantität freier HCl, die bei künstlicher Ernährung im Magensafte vorhanden ist. Dadurch wird ein äußerst günstiger Nährboden für Noxen aller Art geschaffen. Die Milch muss desshalb so gestaltet werden, dass sie nicht nur keine Bakterien, sondern auch keine Gifte enthält. Da eine nachträgliche Vernichtung der Alkaloide und anderer Gifte in der Milch durch Erhitzen, Sterilisiren etc. meist nicht möglich ist, indem eine große Anzahl derselben sich als äußerst widerstandsfähig gegen hohe Hitzegrade und sonstige äußere, die Bakterien sicher abtödtende Einflüsse erwiesen hat, so müssen wir dafür sorgen, diese Gifte und ihre Erzeuger aus dem Futter des Milchviehs fernzuhalten. Nicht die Trockenfütterung erfüllt diese Bedingung, sondern die Vermeidung anderer Giftquellen im Futter, die vom Verf. angeführt werden, vor Allem Unkraut, Schlempe, Rübenschnitzel, Ölkuchen, gekeimte Kartoffeln etc. Die Wiesen-, Weide- und Kleewirthschaft muss rationeller betrieben, die Überhandnahme der Verunkrautung muss von der Landwirthschaft energisch bekämpft werden.

Die Therapie der chemischen Milchintoxikationen stimmt überein mit derjenigen der bakteriellen und geht im Allgemeinen darauf aus, das eingedrungene Gift zu entfernen und das darin bleibende in unlösliche Verbindungen überzuführen und dadurch unschädlich zu machen. **Witthauer** (Halle a/S.).

6) **J. J. Knap** (Karderwijk). Ein Fall von Nabelstrangbruch.
(Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde 1900. No. 6.)

Bei einem neugeborenen Knaben, 53 cm, 4 kg schwer, war rechts neben dem Nabelstrange und unterhalb desselben ein faustgroßer, mit transparentem Häutchen bedeckter Tumor auf dem Bauche gelagert. Der Inhalt bestand deutlich aus Darmschlingen. Nabelschnur 5 cm distal vom Tumor abgebunden. In der Bauchwand eine Öffnung von 2 cm im Durchschnitt zu fühlen, die Haut erhob sich als ein Ring hoch über diese Öffnung. Zwischen Bauchwand und dem den Tumor bekleidenden transparenten Häutchen war eine scharf markirte Grenze. Darmschlingen relativ leicht reponirbar, nach Reposition hing das Häutchen sackartig an der Nabelschnur.

6 Stunden nach der Geburt, ohne Narkose Operation. Ovuläre Umschneidung des aufstehenden Hautringes, breite Öffnung des Bruchsackes, wobei die Därme austraten und erst nach vieler Mühe reponirt werden konnten. Die Därme sahen gesund aus, keine Verwachsungen. Entfernung von Hautring, Nabelschnur, Bruchsack. Sehr geringe Blutung. Naht (mit Seide) von Haut und Serosa in einer Etage, Druckverband. Erbrechen gleich nach der Operation, sonst Zustand außerordentlich gut. Stuhlgang 1—2mal täglich. Am 7. Tage Entfernung der Nähte, Wunde in voller Primaheilung begriffen, Heftpflasterverband einige Wochen lang.

Der Bruchsack war seitlich in die Nabelschnur gedrungen, die Nabelschnur mit ihren 3 Gefäßen läuft jedoch fast ganz seitlich am Sacke entlang; der Sack ist an der Innenseite mit Peritoneum, an der Außenseite mit Amnionepithel bekleidet, dazwischen Bindegewebe wie in der Nabelschnur.

Verf. hält die Chancen für das Kind am günstigsten, wenn die Verhältnisse des Bruches einfach sind und die Operation möglichst bald nach der Geburt geschehen kann; die Gefahr der Perforation des meist dünnen Sackes und der folgenden Peritonitis ist bei der exspektativen Behandlung meist sehr groß.

Semmelink (Leiden).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. Sonnabend, den 4. Mai. 1901.

Inhalt.

I.
Über moderne Prolapsoperationen.

Von
Professor **Herm. W. Freund.**

Wenn in den letzten Jahren die Enderfolge der Prolapsoperationen befriedigendere geworden sind, als früher, so liegt das größtentheils daran, dass man gegenüber den meisten Formen des Genitalprolapses größere Eingriffe als berechtigt anerkannt hat. Wer auch schon in den Blüthezeiten der Ovariotomie, zu der Zeit, als die Myomotomie begann sich Bürgerrecht zu verschaffen und die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt wurde, statt einer Kolpo-Perineorraphie eine Prolapsoperation mit Eröffnung der Bauchhöhle empfohlen hätte, der wäre allgemeinem Tadel begegnet. Der Sprung von der Pessarbehandlung zum Bauchschnitt wäre auch ein unbegreiflicher gewesen; die relativ ungefährliche Scheiden-Dammplastik stellt ein nothwendiges Moment in dem Entwicklungsgange der Prolapsoperationen dar und wird für die einfacheren Fälle nicht bloß eine historische Erinnerung, sondern stets eine leistungsfähige Helferin bleiben.

Nur ist es nicht leicht, einfache oder mäßige Formen von schwereren zu unterscheiden. Die Größe des »Prolapses«, der Grad des Herabtretens der Beckeneingeweide in und vor die Vulva, die Betheiligung von Bauchorganen, die Summe der subjektiven Beschwerden — das Alles lässt sich schwer umgrenzen, und thatsächlich haftet allen noch so objektiven Eintheilungsversuchen viel Willkürliches an. Somit ist es zur Stunde noch kaum gerathen, scharfe Indikationen für diese oder jene Prolapsoperation aufzustellen.

Wir sind aber doch nicht im Stande, in wissenschaftlicher Weise über die verschiedenen Prolapsoperationen zu urtheilen, ohne uns über die Bedeutung der Lageveränderung der verschiedenen in Betracht kommenden Organe so weit wie möglich Rechenschaft abzulegen (wenn wir nicht etwa irgend eine bestimmte Operation als »Methode der Wahl«, »improved method« oder dergleichen kurzweg empfehlen wollen). Ohne auf die Ätiologie der Prolapse einzugehen, hebe ich nur folgende Punkte als wichtig für die Beurtheilung der Bedeutung eines Vorfalles hervor:

1) Der isolirte Vorfall der vorderen Scheidenwand ist in geringen Graden, besonders bei Frauen, die geboren haben, etwas sehr Häufiges, in höheren Graden ist er selten. Schon in der 2. Hälfte der Schwangerschaft, noch mehr aber im Wochenbette und später ist ein Schlafferwerden und theilweises Herabhängen der meisten Organe der unteren ventralen Körperhälfte etwas so Alltägliches, dass es fast als eine unabwendliche Folge der Geburt angesehen werden kann. Eben so wie die Bauchdecken in allen ihren Bestandtheilen gelockert werden, wie das Peritoneum mit den Befestigungen der größeren Organe erschlafft, eben so steigt die vordere Scheidenwand mehr oder weniger tief im Becken abwärts und verharrt in dieser Lage nicht selten Zeit Lebens. Dass dann noch kein eigentlicher Vorfall besteht, ist allgemein zugegeben, es muss aber hier schon betont werden, dass man nach einer gelungenen Prolapsoperation nicht von einem Recidiv sprechen darf, wenn später die vordere Vaginalwand beim Wirken der Bauchpresse wieder ungefähr so tief tritt, wie sonst gewöhnlich bei Frauen, die geboren haben. Es ist uns nicht gegeben, hier idealere Verhältnisse zu schaffen, als sie die Natur durchschnittlich bei allen Frauen, die Geburten durchgemacht haben, herstellt, eben so wie es uns nach Laparotomien nicht immer gelingt, die Recti wieder so eng an einander zu zwingen, wie sie vor einer Schwangerschaft oder dem Auswachsen eines Abdominaltumors gelegen haben.

Bei den unkomplicirten wie bei den komplicirten Scheidenvorfällen spielt im Mechanismus der Entstehung und des Recidives die Harnblase entschieden eine erste Rolle. Wahrscheinlich wirkt außer der Größe und Schwere des schon durch seine Lage allen Insulten der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes besonders ausgesetzten Organes auch der Umstand noch mit, dass die Harnröhre abwärts dislocirt ist und bleibt, Schlingen, manchmal sogar Winkel

in ihrem Verlaufe bildet und damit eine schwere Wegsamkeit bedingt, die eine Vergrößerung des Blasenvolums und eine stärkere Anstrengung der Bauchpresse bei der Entleerung zur Folge hat. Wer mit den Störungen seitens einer großen Harnblase mit einem bedeutenden Scheidendivertikel bei plastischen Prolapsoperationen nicht rechnet, der wird immer Recidive erleben. Die Unzulänglichkeit der klassischen Kolporrhaphie bei einigen Prolapsen erklärt sich aus diesem Umstande. Erst wenn die Macht der Harnblase bezüglich der Vagina geschmälert oder ausgeschaltet ist, kann eine plastische Prolapsoperation einen wahren Dauererfolg haben.

2) Der mit Retroversio-flexio uteri komplicirte Scheidenvorfall entsteht durchaus nicht, wie Einige behaupten, als Folge der Uterusverlagerung, er ist, wie schon aus dem vorher Gesagten logisch folgt, und wie es die längere Beobachtung puerperaler Fälle erweist, das Primäre. Höchstens kann man zugeben, dass mitunter Scheidenprolaps und Uterusverlagerung gleichzeitig und als Folge derselben Schädigung entstehen. Ersterer ist aber bedeutsamer, objektiv hinsichtlich seiner Wirkung auf die Nachbarorgane und subjektiv hinsichtlich der Beschwerden. Bei der Operation der mit Retroversioflexio uteri komplicirten Vorfälle muss also auf die Beseitigung des Scheidenprolapses das Hauptgewicht gelegt werden.

3) Die mächtigen Eventrationen, bei welchen die umgestülpte Scheide, eben so wie der größte Theil der Harnblase, der ganze Uterus, die vordere Mastdarmwand, manchmal auch Dünndärme einen Theil bilden, sind als große Hernien aufzufassen, welche durch die physiologische Pforte im Beckenboden austreten. Dass man ihnen den Weg durch ein künstliches Diaphragma aus verkürzter Scheide nicht dauernd verlegen kann, ist heute eben so allgemein anerkannt, wie die Erkenntnis verbreitet ist, dass hier das Wegnehmen des Uterus unlogisch ist. Dem Andrange der Becken-Baucheingeweide muss ein möglichst voluminöser Widerstand entgegengestellt werden. Die großen Eventrationen erfordern daher peritoneale Operationen mit Erhaltung des Uterus.

Ich wiederhole, dass ich hier nur diejenigen Hauptmomente der ganzen Frage herausgehoben habe, die zu einer ungefähren Umgrenzung allgemeiner Indikationen für Prolapsoperationen Anhaltspunkte gewähren. Danach folgere ich — die Nothwendigkeit einer Operation überhaupt jedes Mal vorausgesetzt:

1) Für unkomplicirte Scheidenvorfälle, speciell solche ohne bedeutendere Cystocele bleibt die klassische Kolporrhaphie die berechtigte Operation. Bei alten Frauen können palliative Verfahren in Betracht kommen.

2) Für komplicirte Scheidenvorfälle sind Operationen nothwendig, welche die Harnblase dauernd aus dem Prolapsgebiete verdrängen und je nach dem Grade der Mitbetheiligung des Uterus Eingriffe an der Portio oder dem Corpus uteri gleichzeitig gestatten.

3) Für große Eventrationen kommen allein peritoneale Eingriffe in Betracht.

Ad 1) a. Die Kolporrhaphia anterior liefert bei unkomplicirten Fällen thatsächlich Resultate, welche hinsichtlich ihrer Beständigkeit auch nach späteren Geburten nichts zu wünschen übrig lassen. Es gilt aber hier ganz besonders die schon oben begründete Einschränkung, dass ein gewisser Descensus bei Frauen, die geboren haben, als eine natürliche Erscheinung, nicht als Recidiv angesehen werden muss. Nach welchem Anfrischungsprincip man verfährt, ist gleichgültig. Mit dreieckigen, ovalen, myrthenblattförmigen Ausschneidungen hat man eben so gute Erfolge, wie mit der physiologisch am besten begründeten zweizipfligen Operation von Fehling. Der fortlaufenden Katgutnaht, welche bekanntlich als ein wahrer Schutz gegen Recidive empfohlen wurde, kann ich nach reichlichen Erfahrungen eine hervorragende Bedeutung nicht zuerkennen. Sie leistet in keiner Hinsicht mehr als Knopfnähte von Silkworm, deren ich mich seit Jahren vorzugsweise bediene, oder als Drahtnähte. Sie hat aber gewisse Gefahren, nämlich die zu frühe Resorption des Fadens und das Nachgeben bei Blasenfüllung, beim Erbrechen etc., so dass Nachblutungen vorkommen, wie ich drei sehr unangenehme erlebt habe, welche in Rücksicht auf eine gleichzeitig ausgeführte hintere Kolporrhaphie schwer zu stillen waren. Ich will aber zugeben, dass mit der besseren modernen Präparation des Katgut solche Zufälle vermieden werden mögen.

Von nebensächlichen Momenten möchte ich erwähnen, dass ich die Operation gern ohne Narkose vornehme, weil sie wenig schmerzhaft und nur von kurzer Dauer ist, weil auch die Operirten später weniger krank sind, geringere Störungen der Harnsekretion zeigen etc. Die Schleich'sche Infiltration habe ich nach wenigen Versuchen beiseite gelassen, weil plastisch exaktes Operiren in gedunsenem Gewebe fast eine Unmöglichkeit ist. Cocain und Chloräthyl aufgespritzt oder aufgegossen können eher gerühmt werden.

Der Hegar'sche Satz, dass der Erfolg der meisten Kolporrhaphien von der Schaffung eines starken Dammes durch eine Kolpo-Perineoplastik abhängig ist, gilt uneingeschränkt. Es muss hervorgehoben werden, dass nicht bloß bei unkomplicirten, sondern eben so bei komplicirten Scheidenprolapsen die Operationen an der hinteren Scheidenwand fast durchgehends excellente Resultate geben. Das liegt in erster Linie wieder an dem mehrfach hervorgehobenen Umstande, dass die Senkung lediglich der ventralen Weichtheile eine natürliche Folge der Geburten darstellt, während die stark muskulirten hinteren Partien nach Zerreißungen eher eine Neigung zur Verzerrung nach den Seiten oder nach hinten erkennen lassen. Ferner sind die Methoden hier trefflich ausgebildet. Die Simon-Hegar'sche Operation ist durchaus zuverlässig, sie schafft eine bedeutende Verengerung der Scheide und einen sehr resistenten Damm. Der letztgenannte Vorzug kann sich allerdings bei Geburten in einen

Nachtheil verwandeln, Scheiden-Dammrisse sogar erheblichen Grades können sich ereignen. Es kann das nur an der breiten Vereinigung von Scheiden- und Beckenbodenabschnitten liegen, deren Nachgeben beim Geburtsakte ein Erfordernis ist. Darum verdient das Anfrischen nach einer den normalen anatomischen Verhältnissen entsprechenden Figur durchaus nicht den leisen Spott, wie ihn z. B. Sänger durchblicken lässt.

Von allen Methoden der Kolpo-Perineorrhaphie hat sich mir die W. A. Freund'sche, wenn sie genau nach Vorschrift ausgeführt wird, als die wirksamste bewährt, insbesondere auch bei späteren Geburten. Das Aufsuchen der zerrissenen und distalwärts verzogenen Enden des M. sphincter ani, ihre genaue Anfrischung und Vereinigung bei kompleten Rissen ist eine von jeher befolgte Maßnahme im Verlaufe dieser Plastik gewesen, es berührt daher befremdend, wenn in neuerer Zeit einige Operateure, sogar Howard Kelly, darin etwas Neues gefunden zu haben glauben.

Dass die seiner Zeit so gepriesene Tait'sche Operation keine Prolapsoperation ist, giebt heute Jeder zu.

b. Die Drahtschnürung der Scheide.

Für unkomplicirte Scheidenprolapse bei alten Frauen habe ich 1893 eine Operation[1] angegeben, welche in dem Einstechen und Zuschnüren mehrfacher Drahtsuturen unter die prolabirte Schleimhaut besteht. J. Schramm[2] hat dann behauptet, dass G. Bellini[3] schon 1835 ein gleiches Verfahren als Colpodesmorafia bekannt gegeben habe. Das ist aber nicht richtig. Bellini hat eine einzige Naht lediglich in die prolabirte vordere Scheidenwand so gelegt, dass sie, wie er abbildet, die Form eines ⋂ beschreibt. Die Enden der Schenkel dieser Figur stehen im Introitus vaginae. Zieht man den Faden an, so rafft sich die umstochene Partie wie ein Segel aufwärts. Das einzig Analoge dieser ganz unvollkommenen Bellini'schen Methode und der meinigen ist das Versenken des Fadens ins submuköse Gewebe. Meine Methode greift die ganze Circumferenz des Prolapses gleichmäßig an und hat ihren besonderen Vortheil in dem Anlegen mehrfacher Drahtringe, die als eben so viele Barrieren wirken. Man kann demnach nicht von einer Bellini-Freund'schen Operation sprechen.

Meine Operation hat als radikale Prolapsoperation keine Bedeutung und kann nur als palliative Geltung beanspruchen. Die Drähte bringen fast niemals eine adhäsive Entzündung im Gewebe hervor und schneiden meist nach einiger Zeit durch. Allerdings habe ich Fälle beobachtet, wo der eine oder der andere Faden über 1 Jahr liegen blieb. So lange die Fäden halten, so lange wird auch der Prolaps zurückgehalten. Diese meine Erfahrung habe ich Herrn

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1893. No. 47.

[2] Ibid 1894. No. 45.

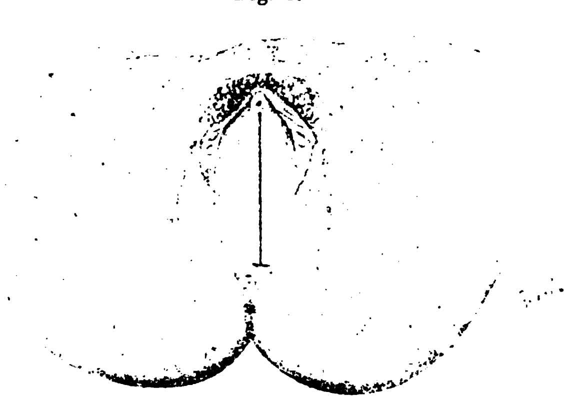
[3] Bull. delle scienze med. di Bologna XI.

Prof. Assaky auf seine Anfrage mitgetheilt. Sie findet sich in der Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 18.

Ich bediene mich dem entsprechend der Drahtschnürung der Scheide nur noch bei mäßigen, unkomplicirten Scheidenvorfällen alter Frauen, wenn Pessare oder radikale Operationen aus irgend welchen Gründen nicht angebracht erscheinen. Die palliativen Erfolge sind aber so respektable, dass ich den unbedeutenden Eingriff manchmal bei derselben Pat. mehrmals ausgeführt habe. — Wenn man freilich sehr voluminöse Prolapse mit Drahtsuturen zurückhalten will, so wird man natürlich jedes Mal Misserfolge erleben wie Sänger (l. c.), der einen Totalprolaps, welcher vorher auf die verschiedensten Methoden nicht zu heilen war, in dieser Weise angriff.

Ad 2) a. Die Kolpo-Cystopexie. Die klassische vordere Kolporraphie reicht schon für die Senkungen der vorderen Scheidenwand nicht aus, welche mit einer größeren Cystocele komplicirt sind, geschweige für noch schlimmer komplicirte Fälle. Hier bediene ich mich seit dem April 1897 einer Operation, zu der mir die von Gersuny[4] mitgetheilte hauptsächlich den Weg gewiesen hat. Sänger[5] hat schon vor Gersuny ähnlich operirt, doch ist seine diesbezügliche Mittheilung auf dem internationalen Gynäkologenkongresse zu Brüssel von mir wie anscheinend von Anderen übersehen worden. Die Gersuny'sche und Sänger'sche Methode besteht abgesehen von einer empfehlenswerthen Art der Freilegung der Cystocele in dem Ausschalten der letzteren durch Einschnüren resp. Einfalzen. Mir ist diese Art, die Harnblase aus dem Bereiche des Operationsfeldes auszuschließen, nicht radikal genug, und ich habe daher nach folgender Modifikation operirt:

Fig. 1.

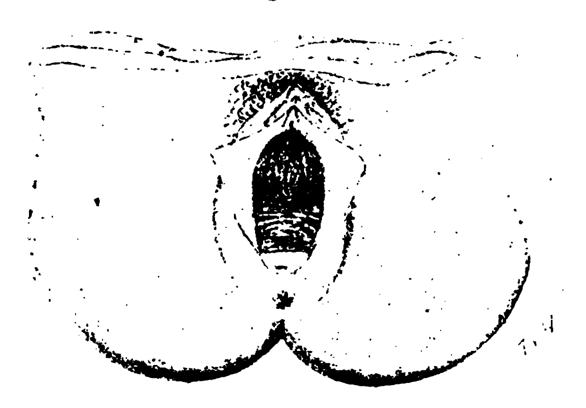


Die vordere Vaginalwand wird glatt angespannt, indem man eine feine Hakenzange direkt unterhalb der Harnröhrenmündung

[4] Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 10.
[5] Ibid. 1898. No. 2.

und eine gröbere in die vordere Muttermundslippe einsetzt. Zwischen beiden wird die Vagina vorn längs median gespalten (s. Fig. 1); am unteren Schnittende kann man rechts und links noch einen kurzen Querschnitt darauf setzen. Die umschnittenen Lappen werden nun unten nur so wenig abgelöst, dass man an ihren frei gemachten Rand einen Schieber anhängen kann. Dann gelingt es in den meisten Fällen, unter Anspannung des durch den Schieber fixirten Lappens diesen mit dem Finger sehr rasch und in einer Schicht von der Unterlage abzuheben, was jedenfalls viel einfacher vor sich geht, als das Abledern mit Messer und Pincette, wie bei der klassischen Vaginalplastik. Ist die Schleimhaut dünn und zerreißlich, wie besonders häufig bei alten Frauen, so kann es, wie Sänger es jedes Mal thut, nöthig werden, mehrere Schieber an die Schnittränder anzuhängen, doch erschweren im Allgemeinen die zahlreicheren Instrumente das Operiren. Erst wenn man seitlich und urethralwärts in die Nähe der Plexus kommt, erscheinen dickere isolirte Venen und ab und zu auch Arterien größeren Kalibers, die zur Blase ziehen und manchmal eine stärkere Blutung verursachen, als sie bei der klassischen Kolporrhaphie vorkommt. Werden die beiden flügelförmigen Scheidenlappen

Fig. 2.



aus einander gezogen, so liegt die Cystocele frei zu Tage und imponirt eigentlich jedes Mal durch ihre Ausdehnung (s. Fig. 2). Sie wird jetzt nahe der Portio quer umschnitten und wie bei einer Totalexstirpation des Uterus stumpf abgeschoben, was im Allgemeinen ohne Schwierigkeiten vor sich geht. Diese Ablösung der Harnblase darf nicht so weit gehen, dass man sich etwa dem Peritoneum erheblich nähert, sondern nur so weit, dass kein Divertikel im Wundbereiche mehr existirt. Das prüft man, indem man die abgelöste Partie aufwärts hinter die Symphyse schiebt und nun beobachtet, ob noch Abschnitte im bloßgelegten Terrain zurückbleiben. Ist die Blase genügend abgelöst, dann wird sie mit mittlerem Katgut in dem parakolpalen Bindegewebe in der Weise fixirt, dass man unterhalb des einen Scheidenlappens mit der Nadel einsticht, durch die untersten Ab-

schnitte der Blase (natürlich ganz flach) hindurchgeht und in der der Einstichöffnung korrespondirenden Stelle der anderen Seite unterhalb des zweiten Scheidenlappens wieder herauskommt. Vor dem Zuschnüren des Fadens drängt der Assistent die Blase mit einem Finger hinter die Symphyse. Ein zweiter Katgutfaden unter den ersten gelegt sichert die erste Naht. Der Rest der Operation gestaltet sich wie bei Gersuny-Sänger sehr einfach. Die beiden Scheidenlappen werden einander genähert, eng an einander gepresst, so dass man beurtheilen kann, wie viel von ihnen resecirt werden muss, und dann von unten außen nach oben innen in einem Zuge verkürzt. Quere Vereinigung mit Knopfnähten aus Silkworm, wobei darauf zu achten ist, dass die untersten nicht hohl liegen, sondern die angefrischte Unterlage breit mitfassen.

Wie man sieht, unterscheidet sich diese Operation von der Gersuny's und Sänger's durch das vollständige Ablösen des Blasendivertikels und seine Fixation an normaler Stelle, wobei als Stützpunkt für die Naht das Beckenbindegewebe dienen muss. Unnatürliche Verhältnisse werden dadurch nicht geschaffen, denn die Blase wird von der Portio und der Scheide nicht weiter abgelöst, als sie früher fehlerhaft dislocirt war. Die Verkürzung der Scheidenlappen wird Derjenige sehr ausreichend gestalten, dem es darauf ankommt, später auch beim Einwirken der Bauchpresse keine Spur des Descensus zu konstatiren, den wir für eine natürliche Folge der Geburt ansehen. Ich habe mich im Allgemeinen mit einer mäßigen Verkürzung ohne Schaden begnügen können. Die geringe Spannung trägt zur glatten Wundheilung nicht wenig bei. Ist es einmal wünschenswerth, die Vaginofixation oder die intraperitoneale Verkürzung der runden Mutterbänder gleichzeitig auszuführen, so lässt sich dies unter geringer Abänderung des Verfahrens, wie leicht ersichtlich, in derselben Sitzung ausführen. Die Amputation der Portio kann natürlich gleichzeitig angeschlossen werden, wenn eine Indikation dafür vorliegt. Fast in allen Fällen muss eine exakte Scheiden-Dammplastik den Schluss bilden. Ich habe seit 1897 (November) 46 Fälle nach dieser Methode operirt, niemals einen ernstlichen Zwischenfall erlebt, insbesondere keine Blutungen, kein Fieber, keine Wundeiterung. Die Resultate sind bis heute durchaus zufriedenstellende, ein Recidiv habe ich noch nicht gesehen, doch ist ein Theil der Fälle noch jungen Datums. Da aber Gersuny und Sänger mit ihrer Methode seit längerer Zeit vortreffliche Dauerresultate beobachtet haben, so glaube ich, dass bei meiner Art des Vorgehens, welche die Blase vollständig aus dem Gebiete des Prolapses verdrängt, mindestens gleich gute Erfolge erwartet werden dürfen. Die Harnblase bleibt thatsächlich dauernd aus dem Spiele, sie verklebt und verwächst sehr schnell mit der neuen Umgebung und dokumentirt dies manchmal durch gewisse, Anfangs lästige Symptome. In einer Reihe von Fällen klagten die Frauen in den ersten Wochen auch nach völlig gelungener Heilung

über häufigeren Harndrang, aber in keinem einzigen Falle blieben diese Beschwerden später bestehen, sondern verschwanden gänzlich. Harnverhaltungen direkt nach der Operation gehören zu den Seltenheiten.

Erwähnen möchte ich noch, dass die Operation sehr wohl ohne Narkose ausgeführt werden kann, wenn gleich sie entschieden schmerzhafter ist, als die gewöhnliche Scheidenplastik. Dass sie auch blutiger, eingreifender und längerdauernder ist, geht aus der obigen Beschreibung schon hervor, die Bedeutung der Cystocele rechtfertigt aber auch den bedeutenderen Eingriff.

Sänger verwendet ein ganz ähnliches Vorgehen auch für die hintere Vaginalwand, wenn der Prolaps mit oder ohne größere Rectocele die Operation erheischt. Ich habe sie nur ausnahmsweise in dieser Hinsicht verwendet, weil ich, wie oben gesagt, mit den älteren Methoden der Scheiden-Dammplastik vollkommene Resultate erzielt habe, weil ich in dem Zuschnüren und Einfalzen eines Divertikels keine genügende Sicherung gegen Recidive erblicke und weil die Fixation des ausgeglichenen Divertikels im Becken-Bindegewebe der hinteren Beckenwand sich bei Weitem nicht so einfach ausführen lässt, wie an der vorderen. In Folgendem will ich 2 Fälle dieser Art kurz mittheilen:

Fall 1. Wittwe B., 44 Jahre alt, 7 Geburten. Erst seit 4 Wochen will Pat. angeblich in Folge einer Überanstrengung neben Dysurie Beschwerden seitens eines schnell wachsenden Vorfalles verspüren. Die Dysurie erklärt sich aus einer mäßigen Cystitis mit geringem Eiweißgehalt des Urins. Die Vorfallsbeschwerden äußern sich besonders als Drängen auf den Darm, Schmerzhaftigkeit beim Stuhlgang, Stuhlverstopfung; die Vulva klafft, die vordere Scheidenwand senkt sich nur in unbedeutendem Maße beim Pressen herunter, dagegen bildet der untere Abschnitt der hinteren Scheidenwand einen gut gänseeigroßen Prolaps, in welchem ein ansehnliches glattwandiges Mastdarmdivertikel liegt. Rings um den Anus sitzt ein großer Wulst dickgeschwollener Hämorrhoidalknoten; zudem ist die Mastdarmschleimhaut erheblich prolabirt, so dass sie auf gut $1^1/_2$ cm heraushängt. In derselben sieht man mehrfache seichte Fissuren. Die Heilung der Cystitis gelang nach wenigen Tagen. Darauf wurde der Prolaps ohne Narkose operirt. Für die vordere Wand der Scheide genügte die alte Kolporrhaphie, da keine Cystocele bestand. Der prolabirte Theil der hinteren Wand wird median oberhalb des Divertikels und am Introitus mit Hakenzangen stark angespannt und längs gespalten. Die stumpfe Abtrennung der Schleimhaut von dem stark verdünnten Divertikel gelingt sehr rasch, aber unter ziemlich starker Blutung, weil nicht nur bedeutend dilatirte Venen, sondern auch einige Arterienästchen durchrissen werden. Das Divertikel wird besonders seitlich in großer Ausdehnung freigelegt und lässt sich nach Durchtrennung einiger Adhäsionsstränge bequem aufwärts schieben, wobei auch der Prolaps der Mastdarmschleimhaut verschwindet. Das Divertikel wird nun mit 3 Katgutfäden zusammengeschnürt und so hoch wie möglich rechts und links seitlich im paraproktalen Bindegewebe fixirt. Die Scheidenlappen werden ausgiebig resecirt und quer mit Silkworm vereinigt. Nach der Operation sind die Hämorrhoidalknoten schlaff und wenig gefüllt; der Anus stellt einen schlaffen Ring dar.

Die Heilung erfolgte per primam.

Fall 2. Wittwe J., 72 Jahre alt, hat 5mal geboren, klagt über Stuhlverstopfung, Kreuzschmerzen und einen Vorfall der Scheide, gegen welchen sie seit Jahren einen dicken Gummiring großen Kalibers trägt, der aber in letzter Zeit

herausfällt. Die vordere Vaginalwand ist in mäßigem Grade descendirt, die Harnblase ist nicht betheiligt, der Urin normal. Die hintere Vaginalwand bildet einen gut gänseeigroßen Prolaps mit entsprechender Rectocele und ist fast in der ganzen Länge betheiligt. Es wird daher ohne Narkose die ganze hintere Scheidenwand vom Gewölbe dicht unter der Portio abwärts bis nahe an den Anus medianlängs gespalten, das Mastdarmdivertikel durch stumpfes Unterminiren freigelegt und durch versenkte Katgutnähte eingeschnürt; eine Fixirung des eingeschnürten überaus großen Theiles im Beckenbindegewebe lässt sich aber nicht erreichen, weil resistentes Gewebe beiderseits vollständig fehlt. Die Scheidenlappen werden ausgiebig resecirt und eben so wie die Dammanfrischung quer vereinigt. Ungestörte Heilung, der primäre Effekt ist zufriedenstellend.

Diese Rectocelenoperation scheint sich nach meinen Erfahrungen für sehr voluminöse Vorfälle, die speciell mit wahrem Mastdarmvorfall komplicirt sind, nicht besonders zu eignen. Hier dürften wohl eingreifendere Operationen, die zum Theil am Mastdarme selbst ausgeführt werden müssen, berechtigt erscheinen. In meinem ersten Falle war die Mastdarmschleimhaut nicht in besonders hohem Grade herausgefallen und der Process entschieden durch starke Hämorrhoidenentwicklung hervorgerufen. Hier genügte die vaginale Operation. Im 2. Falle aber, wo nur eine, aber allerdings sehr große Rectocele mit atrophischem Gewebe bei der Greisin, aber kein Mastdarmprolaps bestand, ist der Dauererfolg zweifelhaft.

b. Die P. Müller'sche Kolpektomie.

Die von P. Müller ausgeführte Prolapsoperation bei alten Frauen, welche in der Hauptsache aus einer möglichst weitgreifenden Exstirpation der Scheide und Versenkung der Gebärmutter besteht, eignet sich nicht ganz so gut wie die vorher beschriebene Kolpocystopexie für die Operation komplicirter Prolapse, bei denen ganz besonders Cystocele und Falschlage des Uterus in Betracht kommen. Denn bei ihr wird die Harnblase aus dem Bereiche des Prolapses nicht eigens entfernt. Der Uterus aber wird nicht exstirpirt und die Scheide resecirt, allerdings in viel erheblicherem Maße als bei dem vorgenannten Vorgehen. Die Beschränkung der Operation auf solche alte Frauen, bei welchen der Uterus gar kein Sekret oder fast gar keins mehr producirt, weist ihr eine ziemlich eng umschriebene Wirksamkeit zu. Nimmt man dann noch solche Fälle aus, in denen eine größere Anzahl von Darmschlingen den Prolaps zu schwer und zu groß gestaltet, als dass ein aus der stark reducirten Scheide neu gebildetes Diaphragma eine genügend große Resistenz darstellen könnte, so bleiben thatsächlich nur wenige Indikationen übrig. Dann aber ist die Operation eine sichere, durchaus effektvolle und stellt eine erwünschte Bereicherung der Methoden dar. Ich habe diese Operation 3mal ausgeführt, zuerst — mit einigen Modifikationen — am 15. Februar 1899, ich kann also nur aus zweijähriger Erfahrung urtheilen. In allen 3 Fällen sind aber bis heute Recidive nicht aufgetreten und Beschwerden seitens der versenkten Gebärmutter nicht zu bemerken gewesen. Die Fälle sind kurz folgende:

Fall 1. 57jährige Pat. leidet seit 2 Jahren an einem faustgroßen Prolaps der vollständig umgestülpten Scheide mit großer Cystocele. Nach Umschneidung der Portio vaginalis wird das Scheidengewölbe quer durchtrennt, der vordere Lappen von der Harnblase abgelöst, der hintere eben so befreit, die Harnblase in die Höhe geschoben und nun der größte Theil der Scheidenlappen resecirt, so dass ringsum ein kaum daumenbreites Stück zurückbleibt. Der Uterus wird versenkt. Bei der Vereinigung der Scheidenlappen durch Knopfnähte ist die Spannung eine übermäßig große, die Adaptirung der Ränder geschieht, je weiter man der Mitte sich nähert, immer schwieriger und ist median vor der versenkten Portio überhaupt nicht vollständig zu erreichen, so dass hier ein kleiner Spalt restirt. Entsprechend diesem Umstande erfolgt die Heilung keineswegs per primam, einige Nähte schneiden durch, in der Mitte des Operationsfeldes kommt es zur Eiterung, allmählich aber granulirt die Wundfläche zu, und es entsteht eine etwas unregelmäßige, aber sehr feste Narbe. Nach 3 Wochen kann Pat. das Bett verlassen.

Die besondere Art der Schnittführung hat sich in diesem Falle nicht bewährt. Die Ablösung der Harnblase und das Hinaufschieben derselben ließ sich eben so leicht ausführen, wie bei einer Kolpocystopexie und dürfte sich in jedem Falle empfehlen, in welchem eine größere Cystocele existirt.

Im Falle 2 und 3 bei Frauen von 57 bezw. 68 Jahren mit ganz ähnlichen Prolapsen wie bei Fall 1 habe ich genau nach den Vorschriften P. Müller's operirt und konstatirte eine ungestörte primäre und bis jetzt unverändert anhaltende Heilung.

Ad 3) a. Die W. A. Freund'sche Einnähung des Uterusfundus in die Scheide. Bei großen Eventrationen sind, wie wir oben aus einander gesetzt haben, peritoneale Eingriffe nothwendig. Bei alten Frauen, bei welchen der Uterus keine Funktion mehr haben kann, hat W. A. Freund eine Methode des Vorgehens angegeben, wie er sie mit Erfolg auch bei jüngeren Frauen zum plastischen Verschlusse von Urin- und Mastdarmfisteln verwendet hat, welche sonst auf keine andere Weise zu heilen waren. Er hat diese Operation, wie ich in bestimmter Absicht hervorhebe, auch als Prolapsoperation zeitig öffentlich bekannt gemacht und einen geheilten Fall auf der Naturforscherversammlung zu Frankfurt demonstrirt. Es kann daher Wertheim[6] nicht zugegeben werden, dass er, wie er schreibt, den Gedanken hatte, die W. A. Freund'sche Fisteloperation als Prolapsoperation zu verwenden, und es ist ein starkes Stück, wenn Schmit[7] in einer Festschrift diese Operation als Einnähung des Uterus in die Scheide nach Wertheim nennt, nachdem mehrere Operateure unter richtiger Angabe dieselbe Operation mitgetheilt haben.

Wie die P. Müller'sche Operation kann auch die W. A. Freund-sche nur einen beschränkten Wirkungskreis haben und nur bei solchen alten Frauen in Betracht kommen, bei denen weniger eingreifende Methoden wegen der Größe des Prolapses, der Mitbetheiligung zahlreicher Bauch- und Beckenorgane und der Hinfälligkeit der Pat. nicht zur Wahl kommen können. Trotzdem muss hervorgehoben

[6] Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 14.

[7] Monatsschrift für Geburthilfe u. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 1.

werden, dass der ganze Eingriff weniger großartig ist, als ein Bauchschnitt. Ich habe die Operation 3mal ausgeführt. Zuerst am 25. April 1900, kann also über eigentliche Dauererfolge bisher noch nicht berichten. Die bisherigen Erfolge aber sind sehr befriedigend. Die Fälle sind folgende:

Fall 1. Bei einer 60jährigen Frau besteht seit 10 Jahren ein Vorfall, der in Folge andauernden Hustens stetig größer wird. Pat. hat eine schwere Zangengeburt überstanden und leidet seitdem an Incontinentia alvi. Wegen eines chronischen Gelenkrheumatismus, besonders der Hüftgelenke, bewegt sie sich nur mühsam fort und kann auch die Beine nur unbedeutend spreizen. Die Vulva klafft, der Damm fehlt, der Mastdarm ist auf $2^1/_4$ cm eingerissen, seine Schleimhaut prolabirt. In dem doppeltfaustgroßen Prolaps liegt ein großer Theil der Harnblase, der atrophische Uterus und anscheinend Dünndärme. Von Seiten des Herzens und der Nieren keine Symptome. Ich beschloss in diesem Falle sowohl den Defekt im Mastdarme und am Damme durch den Uterus plastisch zu schließen, als auch, wenn möglich, den Prolaps durch dieselbe Operation zu heilen. Freilich war der Fall durch seine vielfachen Komplikationen nicht gerade einer der günstigsten. In der Narkose konnte das Operationsfeld nur dadurch zugänglich gemacht werden, dass Wärterinnen die Schenkel der Pat., welche wegen der Hüftgelenksankylose nicht aus einander gebracht werden konnten, sehr stark elevirten. Die Narbe im Mastdarme wird zuerst excidirt und dann eine fingerbreite Anfrischung in hufeisenförmiger Figur um den Mastdarmriss herum ausgeführt. Sie reicht oben bis an die Spitze der Columna rugarum post. Der umschnittene Bezirk wird frei präparirt. Es folgt nun die Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes durch einen fast senkrechten Schnitt, durch welchen man nur eben 2 Finger einführen und den Douglas eröffnen kann. Der schlaffe, atrophische, retrovertirte Uterus lässt sich trotzdem erst mit dem Finger, dann bequem mit einer kleinen Hakenzange in die Scheide leiten, sein Fundus kann ohne Weiteres bis vor die Vulva gezogen werden. Ein der Scheiden-Mastdarmanfrischung korrespondirendes Stück der Funduswand wird jetzt angefrischt und blutet parenchymatös. Diese Wundfläche wird mit Katgut auf die Scheiden-Mastdarmwunde exakt aufgenäht und noch mit 2 queren weitgreifenden Silkwormnähten gesichert. Soweit bildet jetzt der Fundus uteri den Damm und einen Theil des Mastdarmes. Unterhalb dieser so gedeckten Partie wird dann noch das äußerste Ende der Anfrischung am Anus mit 2 feinen Seidenfäden isolirt geschlossen. Bisher hat die Operation nur 15 Minuten gedauert. Ich hätte nun wohl auch die nach vorn gekehrte Funduswand an die vordere Scheidenwand annähen und so die Prolapsoperation beendigen können, ich glaubte dies aber auf eine spätere Sitzung verschieben zu sollen aus Furcht, die Mastdarm-Dammplastik durch Anspannen des Uterus zu gefährden. Diese Furcht ist entschieden unbegründet gewesen, eine Zweitheilung des Uterusfundus, der doch nur als plastisches Material diente, hätte die genannte Gefahr beseitigt. Die Pat. erholte sich von dem Eingriffe sehr gut, die Heilung erfolgte ungestört per primam, und es wurde nicht nur eine völlige Kontinenz des Darmes erreicht, wie sie auch mit der subtilsten Mastdarmplastik nicht idealer hätte erreicht werden können, sondern es blieb auch die Scheide im Becken und bestand nur ein Herabhängen der vorderen Wand bis an den vorn eingenähten Fundus uteri. Die Pat. war daher über diesen Erfolg hochbeglückt und zunächst zu einem weiteren Eingriffe nicht zu bewegen. 14 Tage nach der Operation gelangte man mit dem Finger durch die verengerte Scheide nur mit größter Mühe an die weit zurückgezogene, abgeschwollene Portio vaginalis. Pat. kehrte in ihre Heimat zurück. Aber schon nach 4 Wochen schrieb sie, dass ihr plötzlich unter dem Gefühl eines brennenden Schmerzes beim Zubettgehen der Vorfall wieder herausgetreten sei, allerdings bei Weitem nicht mehr in der Größe wie früher. Bei der Wiederaufnahme fand ich nun zunächst den Fundus uteri an der hinteren Scheidenwand vollständig fest angeheilt, zum Theil schon epidermisirt, den Mastdarm so verengt,

dass er wie ein normaler funktionirte. Der Vorfall wurde gebildet durch die vordere Scheidenwand, die Cystocele und die stark angeschwollene Muttermundslippe. Ohne Narkose wird die vordere Lippe vorsichtig heruntergezogen und amputirt, darauf wird eine breite Fläche der vorderen Scheidenwand angefrischt und die ebenfalls angefrischte ihr zugekehrte Wand des eingeheilten Fundus uteri breit und fest darauf genäht. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall, der Vorfall erschien nicht wieder; nach schriftlichen Nachrichten der Frau ist auch bis heutigen Tages nichts wieder davon zu bemerken gewesen.

Fall 2. Wittwe B., 57 Jahre alt, leidet seit der ersten ihrer 3 Geburten an einem Vorfalle, der im letzten Vierteljahre Kindskopfgröße erreicht hatte. Er wird gebildet von der total invertirten Scheide, fast der ganzen Harnblase, dem ganzen Uterus und einem Theile des Mastdarmes. Ein Dammriss 2. Grades besteht. Die W. A. Freund'sche Operation wird hier genau nach Vorschrift ausgeführt, Schwierigkeiten macht allein die Eröffnung des Douglas, welcher durch breite Pseudomembranen zum Theil verödet ist. Ein kirschengroßes intramurales Myom wird enukleirt, sonst bietet die Operation, welche in 20 Minuten zu Ende geführt ist, keine Besonderheiten. Heilung per primam (28. Juli 1900). Untersuchung am 15. Januar 1901: Sehr gutes Befinden, keine Spur von Prolaps, der Uterus fest eingeheilt, hat sich nicht unerheblich retrahirt.

Fall 3. Frau K., 62 Jahre alt, hat 9mal geboren. Seit 4 Jahren besteht ein Vorfall, der jetzt über faustgroß geworden ist, den ganzen Uterus, die Harnblase und einen Theil des Mastdarmes beherbergt. Die Operation wird am 1. August 1900 nach W. A. Freund ausgeführt, und hier auch eine fast markstückgroße Öffnung in den Fundus der etwas großen Gebärmutter eingeschnitten. Die Operation wurde von der ziemlich dekrepiden Person gut überstanden, bis heute ist der Erfolg ein vollkommener geblieben.

Im ersten Falle habe ich verschiedene Modifikationen der Operation für nöthig erachtet. Die wichtigste derselben scheint mir die Verwerthung der in die Scheide geleiteten Gebärmutter zugleich als Fixationsmittel gegen den Prolaps und als plastisches Material zur Deckung eines Mastdarm-Scheidenrisses, ganz analog, wie ihn W. A. Freund ursprünglich zur Deckung großer Mastdarm- und Blasen-Scheidenfisteln verwendbar gefunden hat. Auch ich habe die Überzeugung gewonnen, dass der Uteruskörper ein ausgezeichnetes plastisches Material darstellt, welches sich den Bedürfnissen des einzelnen Falles ungezwungen anschmiegt. Wie er bei den Urinfisteln einen gut funktionirenden Kanal bilden hilft, so hat er in meinem Falle einen Theil der Funktionen des Mastdarmes in untadelhafter Weise übernommen. Natürlich wird es Niemand einfallen, den Uterus etwa für ausgedehntere Verletzungen des unteren Mastdarmabschnittes jemals zu verwenden, wenn nicht zugleich, wie in meinem Falle, ein Prolaps im Greisenalter zu beseitigen ist. Dass man beiden Indikationen in einer und derselben Sitzung genügen könnte, habe ich bei meinem Falle gelernt, ich hätte mir und der Kranken Zeit und Unannehmlichkeiten erspart, wenn ich auch die vordere Vaginalwand durch den Fundus uteri gedeckt hätte. Das spätere Prolabiren der wieder angeschwollenen Portio weist darauf hin, dass es auch bei dieser Operation, welche gerade in dem Uterus einen voluminösen Widerstand gegen die andrängenden Eingeweide sieht, gerathen sein kann, einen Theil der Portio vor der Eröffnung

des Douglas dann abzunehmen, wenn dieselbe allzu schwer und umfangreich geworden ist.

Den Schnitt im hinteren Scheidengewölbe habe ich — und das scheint mir nicht ohne Bedeutung — annähernd senkrecht und möglichst klein ausfallen lassen, weil sich dann die Schlitzränder eng um den hindurchgezogenen Uterus anlegen und sicher schnell verkleben. 2mal habe ich den unverletzten Fundus uteri vorn und hinten an die Scheidenwände angenäht; das ist möglich, wenn der Uterus noch ziemlich groß ist; im anderen Falle ist das Einschneiden einer runden Öffnung nach Art eines neuen Muttermundes, wie es W. A. Freund ausgeführt hat, praktisch; sollte aber trotzdem eine Spannung bestehen, so könnte man wohl auch den Fundus halbiren und jede Wand gesondert an die Scheide annähen.

Im Ganzen habe ich denselben Eindruck gewonnen wie Fritsch, dass die Operation auch bei Greisinnen einen nicht schwer wiegenden Eindruck auf das Allgemeinbefinden hervorbringt, dass sie leicht und schnell auszuführen und vom besten Erfolge begleitet ist.

b. Ventrofixatio uteri et flexurae sigmoid.

Anhangsweise möchte ich noch diejenigen Fälle von großen Eventrationen der Becken-Baucheingeweide, die man eigentlich kaum mehr den Scheiden-Uterusprolapsen zurechnen dürfte, erwähnen, Eventrationen, welche ganz besonders durch reichliche Betheiligung von Därmen so umfangreich sind, dass man zu allen Zeiten von den gewöhnlichen Plastiken und auch von Operationen ähnlich den oben genannten keinen Erfolg erwartet, übrigens auch keinen gesehen hat. Auch bei diesen Fällen halte ich die Totalexstirpation der Scheide und des Uterus nicht für gerechtfertigt, sehe vielmehr auch hier in der Erhaltung dieser Theile bei richtiger Verwendung derselben einen Schutz gegen Recidive. Hier ist die Laparotomie und der Versuch am Platze, die prolabirten Theile durch blutige Naht innerhalb der Bauchhöhle zu fixiren. Scheidenverengende Operationen sind mitunter zur Ergänzung und Sicherung nothwendig. Die einfache Ventrofixation der Gebärmutter genügt in vielen Fällen nicht, weil sich der erweiterte Douglas rasch wieder mit Organen der Bauchhöhle füllt und weil die allgemeine Erschlaffung der Bauchwände und des Peritoneums auch späterhin die neugebildete Adhäsion zwischen Uterus und Bauchwand befällt. Ich habe daher ein Verfahren angewendet, welches, abgesehen von der Fixation der Gebärmutter, so hoch wie möglich noch eine Ausschaltung des Douglas anstrebt. Ich habe also den Uterus bis gegen den Nabel hin mit mehrfachen Nähten an die vordere Bauchwand fixirt und außerdem die Flexura iliaca als ein schräges Diaphragma über den Beckeneingang gezogen. 2 Appendices derselben werden dazu rechts seitlich von der Bauchincision ans Peritoneum angeheftet, nachdem zuvor in Beckenhochlagerung der ganze Douglas von Därmen und Netz befreit worden ist. Letztere liegen am Ende der Operation auf der ausgespannten

Flexur wie auf einer Schürze. Gerade in diesen Fällen gestattet die Dehnung des Mesenteriums der Flexur jedes Mal ihre starke Dislokation nach rechts, ohne dass eine Abknickung erfolgt, wovon man sich natürlich jedes Mal von vorn herein durch Herüberziehen des Darmstückes überzeugen muss.

Hofmeier hat bekanntlich dasselbe Verfahren zur Abkapselung der höher oben gelegenen Partien der Bauchhöhle bei bedrohlichen Zuständen, speciell Eiterungen, in den unteren Abschnitten angewendet. Ich habe mich desselben auch bei der sogenannten Hernia Douglasii und gewissen Komplikationen derselben, aber ohne dass ein Prolaps bestand, bedient und kann nach einer Beobachtung von 7 Jahren mittheilen, dass zwar die Flexur später nicht mehr dieselbe Spannung oberhalb des kleinen Beckens aufweist wie am Schlusse der Operation, dass die neugeschaffenen Adhäsionen sich in gewissem Grade lockern und die aufliegenden Darmschlingen ihre Last zur Geltung bringen, dass aber in keinem Falle der Douglas wiederum ein Sammelort descendirter Därme geworden ist. Statt scheidenverengernder Operationen habe ich bei alten Frauen auch meine Schnürnaht der Scheide angefügt, wenn Scheidenvorfall zugleich bestand.

Abgesehen von 4 Fällen, in denen ich lediglich wegen Hernia Douglasii und Enteroptose ohne Genitalprolaps in der angegebenen Weise vorgegangen bin, kann ich hier von 6 weiteren Fällen berichten, bei denen die Operation im Anschlusse an die abdominale Exstirpation größerer Tumoren, welche den Vorfall auch zum Theil mit bedingt hatten, ausgeführt wurde. Der älteste Fall ist $6^3/_4$ Jahre in Beobachtung und dauernd geheilt geblieben; der letzte Fall dieser Art wurde im November 1900 operirt, so dass von ihm, wie von 2 anderen Fällen, bei denen ein großer Prolaps allein die Indikation zur Operation gab, noch kein definitives Resultat mitgetheilt werden kann. Ein 3. Fall dieser letzten Kategorie aber ist seit dem August 1896 in Beobachtung, bisher ohne Recidiv und darf schon desshalb als ein glücklicher angesehen werden, weil eine früher ausgeführte plastische Scheiden-Dammoperation keinen Erfolg gehabt hatte.

II.

Eine Uhr für Ärzte, Hebammen, Krankenwärter und Krankenwärterinnen.

Von

F. Ahlfeld.

In meiner Eigenschaft als Direktor einer Hebammenlehranstalt und als Lehrer an derselben bin ich seit vielen Jahren bestrebt, neben der Genauigkeit in der Behandlung der Thermometer Zwecks Herstellung von Wochenbettskurven, die wissenschaftlich verwerthet werden können, dasselbe auch für die Pulskurven zu erzielen.

Leider hat nur ein verschwindend kleiner Theil der Hebammenschülerinnen eine Taschenuhr, besonders eine solche mit Sekundenzeiger. Ich führte daher Sanduhren ein, die ich vorher mit meinen Assistenten kontrollirte, ehe wir sie den Schülerinnen als Eigenthum übergaben.

Von den ersten Tagen des Aufenthaltes der Schülerinnen in der Anstalt an wurde der Thermometrie und dem Feststellen der Pulsfrequenz die größte Aufmerksamkeit geschenkt. Das Resultat war ein etwas auffallendes. Die meisten Schülerinnen lernten schnell und sicher die Herstellung einer Temperaturkurve, während die von uns regelmäßig geübte Kontrolle der Pulszahlen fort und fort Differenzen ergab.

Die desswegen angestellten Untersuchungen ließen die Sanduhren als Ursache der Ungenauigkeiten erkennen, sei es, dass das Glas nicht genau lothrecht gehalten worden war, sei es, dass mit der Zeit eine Veränderung im Lumen der engsten Stelle vorgekommen war.

Aber auch die Benutzung der an den meisten Taschenuhren angebrachten Sekundenzeiger ergaben sehr häufig unliebsame Unterschiede, die bei Fragen, wo es auf Genauigkeit ankam, sehr störend wirkten.

Es liegt dies einestheils an der Schwierigkeit, einen genauen Anfangs- und Endtermin beim Zählen festzustellen, wenn man nicht eine ganze Minute hindurch zählen will, andererseits an der Kleinheit des Kreises und der Enge der neben einander angebrachten Striche.

Bei Fragen, wo es auf sehr genaue Feststellung der Pulsfrequenz ankommt, z. B. bei gleichzeitigem Zählen kindlicher Herztöne, um Zwillinge mit Sicherheit diagnosticiren zu können, benutze ich stets meine Taschenuhr, die mit einer sog. springenden Sekunde, Sekundenzeiger aus dem Centrum, versehen ist.

Diese Taschenuhr hat eine Reihe von Besonderheiten, von denen einzelne wohl werth wären, auf alle Uhren, seien es Thurm-, Stand- oder Taschenuhren, überzugehen, einzelne an den Uhren von Ärzten, Hebammen etc. nicht fehlen sollten.

Es ist leicht nachzuweisen, dass die Zahlen, auf dem Zifferblatte einer Uhr angebracht, gänzlich überflüssig sind, ja, dass sie das Ablesen der Zeit erschweren. Man braucht nur an einer Thurmuhr, Bahnhofsuhr etc. zur Zeit, wenn die Zeigerspitzen zwischen den Punkten für die VII und VIII stehen, also z. B. 5 Minuten nach halb 8 Uhr, die Zeit abzulesen, so wird man sich überzeugen, wie die umfangreichen Zahlenzeichen die genaue Feststellung der Zeit hindern. Wenn nun gar noch die Ziffern mit Schnörkeln, Verzierungen, ungeeigneten Farben versehen sind, so ist es bisweilen gar nicht möglich, die Zeit zu erkennen.

Ich beschloss daher, mir eine Uhr konstruiren zu lassen, die statt der Zahlen nur feinere und für die Quadranten etwas stärkere Striche zeigen sollte.

Vorher wollte ich mich vergewissern, ob es überhaupt schon Uhren mit zahlenlosem Zifferblatte gäbe.

Ich wendete mich daher im Jahre 1881 oder 1882 an die Centralstelle für Deutsches Uhrenwesen, nach Glashütte i/S. und erhielt vom Vorstande der Deutschen Uhrmacherschule den Bescheid, derartige Uhren existirten bisher noch nicht; hingegen wären im Auslande Ladenuhren im Gebrauche, auf denen statt der Ziffern die Buchstaben des Namens des Ladeninhabers angebracht seien, also statt XII—VI—XI z. B. Fritz Mueller.

Ich beauftragte nun eine Glashütter Fabrik mit der Herstellung einer Taschenuhr, auf der 1) wie beschrieben, statt der Ziffern Striche angebracht sein sollten; 2) der große Zeiger schlank, mit seiner feinen Spitze bis an das äußere Ende der feineren Theilungstriche, 3) der kleine Zeiger mit dickerem Kopfe bis zum inneren Ende der bezeichneten Striche reichen sollte.

Zum Gebrauche für wissenschaftliche Zwecke stellte ich weiter folgende Forderungen: 4) sollte die Uhr einen großen, feinen Sekundenzeiger aus dem Centrum besitzen, der 5) jeden Augenblick arretirt werden könnte, der 6) auf Druck auf den Nullpunkt (wo auf den Uhren die XII steht) zurückschnellen und von dort 7) wiederum nach Belieben losgelassen werden könnte.

Diese Uhr wurde mir von der Firma A. Lange und Söhne nach Wunsch hergestellt, obwohl die Position 6), die bis dahin noch niemals gefordert war, viel Kopfzerbrechens machte.

Ich ließ auch in der Marburger Anstalt 2 große Uhren anfertigen, die für den allgemeinen Gebrauch bestimmt sind, eine für die geburtshilfliche Abtheilung, eine für die gynäkologische. Die großen, hellen Zifferblätter sind gänzlich zahlenlos, die Zeiger in der oben beschriebenen Weise konstruirt. Auf vielen Zifferblättern größerer Uhren sind die Zeiger so eingefügt, dass sie als Gegengewicht eine Verlängerung nach der der Spitze entgegengesetzten Seite tragen. Diese Theile sind ungemein störend. Wo sie aus technischen Gründen nicht weggelassen werden können, soll man sie wenigstens so färben, wie das Zifferblatt, also meist weiß.

Mittels dieser beiden großen Uhren kann ich jedem Zweifler leicht beweisen, dass die Zahlen überflüssig sind, denn jede neue Hebammenschülerin findet sich sofort zurecht; dass die Zahlen im Gegentheil stören, denn man kann an unseren Uhren aus größerer Entfernung und bei geringerer Beleuchtung die Zeit bestimmter und sicherer feststellen, als bei Zifferblättern mit Zahlen.

Es lag mir nun daran, die Vortheile meiner Taschenuhr einem größeren Kreise zugängig zu machen, besonders auch den Hebammen.

Die Schwierigkeit lag im Preise. Die Sekunde aus dem Centrum erfordert ein besonderes Uhrwerk. Dadurch erhöhen sich natürlich die Herstellungskosten, für das niedere Heilpersonal unerschwinglich.

Ich musste mich daher mit einer Sekunde aus dem Centrum begnügen, die von demselben Uhrwerke getrieben wird, wie die beiden Zeiger. Dann kann sie natürlich keine springende sein, sondern sie wird von einem Zahnrad getrieben, das in der Sekunde 5 kleine Fortbewegungen macht. Man bezeichnet diesen Sekundenzeiger daher als laufende Sekunde, im Gegensatze zur springenden Sekunde, wo der Zeiger jede Sekunde einen Sprung macht.

Das Zifferblatt dieser Taschenuhren ist ganz nach meiner Vorschrift hergestellt, und der Benutzer wird sich überzeugen, wie sicher, eine solche Uhr in der Hand, sich der Puls zählen lässt.

Man wird es kaum glauben, welche Mühe es macht, in Deutschland eine solche Uhr herstellen zu lassen. Von Glashütte, wohin ich mich zuerst wendete, bekam ich eine ganz merkwürdige Antwort, ohne jedes Eingehen auf meine Wünsche. Je weiter ich mich erkundigte, desto deutlicher wurde mir, 1) dass wir in Deutschland kaum eine Fabrik besitzen, die alle Einzelheiten, die zu einer Taschenuhr gehören, herstellt; 2) dass sich eine Fabrik nur an die Ausführung einer neuen Form macht, wenn sie großer Aufträge gewiss ist.

Herr Uhrmacher Spoerhase in Marburg hat sich der Mühe unterzogen, die Uhr herstellen zu lassen, und denkt sie in einfachem Gehäuse für ca. 20 Mark verkaufen zu können.

Möchten diese meine Vorschläge für eine Reform unserer Uhren im Allgemeinen, der ärztlichen im Speciellen einen guten Boden finden. Es wird kein Schade sein für das große Publikum, besonders aber wird die auf Pulszählung beruhende wissenschaftliche Statistik dadurch gewinnen.

Die Berechtigung, diese Publikation in einer geburtshilflichen Fachzeitung niederzulegen, finde ich darin, dass ich hauptsächlich an Ärzte, Hebammen und Wärterinnen denke, denen eine solche Uhr ganz besonderen Nutzen bringen würde.

III.

Peroneuslähmung durch Beckenhochlagerung.

Von

Dr. **Kurt Witthauer** in Halle a/S.

Lähmungen im Gefolge von Operationen können die verschiedensten Ursachen haben. Ich beschränke mich auf die Wiedergabe einer Krankengeschichte, die vielleicht geeignet ist, ähnliches Missgeschick zu verhüten, insbesondere mancher Kranken recht erhebliche Unbequemlichkeiten zu ersparen.

Im vorigen Jahre behandelte ich ambulant eine 32jährige Arbeiterfrau, die im Anschlusse an einen Abort mit Unterleibsbeschwerden erkrankt war und an einer rechtsseitigen Adnexaffektion litt.

Da trotz der üblichen Behandlung mit Ichthyoltampons, heißen Ausspülungen etc. die Schmerzen nicht geringer wurden und die rechte Tube Faustgröße behielt

da die Frau im Haushalte thätig sein musste und die nothwendige Ruhe und Schonung nicht haben konnte, rieth ich schließlich zur Operation.

Diese wurde am 22. November 1900 im Diakonissenhause ausgeführt. Da der wurstförmige, cystische Tumor dem hinteren Scheidengewölbe anlag, versuchte ich zunächst, ihn vaginal durch Kolpotomia posterior zu entfernen. Ich spaltete längs, umsäumte die blutende Wunde, nachdem ich das Peritoneum eröffnet hatte, ging mit dem Finger ein und erkannte, dass der Tumor mit Därmen, Ligament und Uterus so verwachsen war, dass er von unten nicht herauszuschälen war, ohne den Uterus mit zu opfern.

Zu diesem Eingriffe hielt ich mich nicht für berechtigt, brachte desshalb die Frau zur Laparotomie, die schon vorbereitet war, in Beckenhochlagerung und eröffnete die Bauchhöhle von oben. Der allseitig verwachsene, faustgroße Pyosalpinxsack, neben dem sich noch ein Tuboovarialabscess fand, wurde nicht ohne Schwierigkeit aus seinen Adhäsionen gelöst, gestielt und abgebunden. Der ziemlich breite Stumpf wurde in der bei uns üblichen Weise dadurch verkleinert, dass ich von den schon liegenden Ligaturfäden (nur dicker Katgut!) geeignete in der Weise zusammenknotete, dass die Wundflächen des Stumpfes auf einander gepasst wurden und so die Gelegenheit zu unliebsamen Verwachsungen mit Därmen etc. vermindert erscheint.

Da die Uterushinterfläche noch flächenhaft blutete, wurde sie mit dem Paquelin verschorft. Die linken Adnexe waren gesund. Durch die Vaginalöffnung wurde ein Drainagestreifen in die Vagina geleitet, die Bauchwunde in 3 Schichten (Fascie mit Silkworm) vernäht.

Die Heilung der Wunden ging ungestört von statten. Die Bauchdeckennähte wurden am 10. Tage entfernt, die Wunde war primär verheilt; den Drainagestreifen aus dem Douglas nahm ich nach 6 Tagen heraus und legte noch für 3 Tage einen Glasdrain in die Höhle; dann schloss sich auch diese Wunde. Am 9. Tage nach der Operation empfand die Kranke Schmerzen im Verlaufe des rechten Unterschenkels, legte dieser Erscheinung aber keinen Werth bei und sagte davon erst, als sie beim ersten Aufstehen am 14. Tage bemerkte, dass sie das rechte Bein schlechter bewegen konnte als das linke. Als ich sie gehen sah, fiel sofort auf, dass sie das rechte Bein nachschleppte und zwar in der für Peroneuslähmung charakteristischen Weise, dass der Fuß nicht beim Vorschreiten vom Boden erhoben wird, sondern mit der Großzehenseite über den Boden schleift. Die Pat. hebt den Oberschenkel stärker und setzt den Fuß zuerst mit der Spitze, unsicher auf.

Die elektrische Untersuchung ergab abgeschwächte Erregbarkeit im ganzen Peroneusgebiete, besonders vom Nerven aus, aber keine Entartungsreaktion. Wir begannen sogleich mit elektrischer Behandlung und Massage, und ich setzte diese auch nach der Entlassung aus dem Diakonissenhause noch in meiner Sprechstunde fort mit dem Erfolge, dass die Lähmung sich langsam besserte und ca. 8 Wochen nach der Operation eine erhebliche Funktions- bezw. Gehstörung nicht mehr zu bemerken war.

Was war nun die Ursache dieser ungewöhnlich seltenen Lähmung? Ich kann mir keine andere denken, als eine Druckwirkung auf den Nervus peroneus bei der Beckenhochlagerung. Wir benutzen zu dieser den Berndt'schen Operationstisch aus dem medicinischen Waarenhause, auf welchem die Beine zur Sicherung vor Herabgleiten des Körpers mit den Kniekehlen auf Beinhaltern gelagert werden; die darüber hinaus ziemlich rechtwinklig gebeugten Unterschenkel befestigen wir immer noch mit Flanellbinden auf dem verstellbaren Brette.

Da die Beinhalter sehr schlecht gepolstert sind, ist es mehr als wahrscheinlich, dass sie gerade in diesem Falle durch einen un-

günstigen Zufall auf das vielleicht etwas auswärts rotirte Bein einen starken Druck ausübten, d. h. also den Nervus peroneus gegen den Kopf der Fibula anpressen konnten. Dadurch entstand die Lähmung, möglicherweise durch Vermittlung einer Neuritis, worauf die empfundenen Schmerzen und die Druckempfindlichkeit des Nerven an der Druckstelle und der Gegend oberhalb des Fußgelenkes deuten würden.

Es würde also zu der früher nach Operationen durch verkehrte Haltung des Armes öfter beobachteten Lähmung des Plexus brachialis noch die Peroneuslähmung kommen. Wir hoffen sie nicht wieder zu sehen, nachdem wir die Beinhalter mit Watte und Mullbinden weich gepolstert haben.

Neue Bücher.

1) **Baumm** (Breslau). Die praktische Geburtshilfe in ihren Hauptzügen, ein Wiederholungslehrbuch für Hebammen.

Berlin, **Staude**, 1901.

Das Buch soll das Hebammenlehrbuch ergänzen; es soll das dort Erlernte in anderer Form und von etwas anderen Gesichtspunkten aus den Schülerinnen und auch den Hebammen im Berufe vor Augen führen, um sie so zu einer selbständigeren Auffassung des mechanisch Eingedrillten zu bringen. Die reiche Erfahrung des Verf. als Hebammenlehrer macht sich auf jeder Seite des kleinen Werkes geltend. Er kennt offenbar die Punkte, an denen das Verständnis namentlich minder befähigter Schülerinnen versagt und die in einer ganz besonders gehaltenen Darstellung mit Vermeidung auch nur der geringsten Unklarheit aus einander gesetzt werden müssen. Jedem, der selbst einen derartigen Unterricht ertheilt, werden die Vorzüge dieses Wiederholungsbuches, das hoffentlich die gebührende Beachtung und Verbreitung findet, ohne Weiteres einleuchten.

Stoeckel (Bonn).

---

2) **L. Knapp** (Prag). Sammlung stereoskopischer Aufnahmen als Behelf für den theoretisch-praktischen Unterricht in der Geburtshilfe.

München, **Seitz & Schauer**, 1901.

Eine Serie von 28 stereoskopischen Bildern, welche die einzelnen Kindeslagen, die Stellungen in den verschiedenen Stadien beim Geburtsmechanismus und einige geburtshilfliche Eingriffe — Forceps und Dekapitation — zeigen. 2 Tafeln mit einem rachitischen und osteomalakischen Becken sind beigegeben. Das für den geburtshilflichen Unterricht so instruktive Sellheim'sche Phantom ist zur Anfertigung der Bilder benutzt. Während aber die verschiedenen Stellungen des kindlichen Schädels sehr gut zu sehen sind, lässt sich

das von den mit Hilfe einer Gelenkpuppe dargestellten Quer- und Beckenendlagen durchaus nicht sagen, und es ist nicht einzusehen, warum hierzu nicht eine ganz frische Kindesleiche genommen wurde, wodurch, wie Ref. sich überzeugte, sich ein viel besseres Bild ergeben hätte. Vogel (Würzburg).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

492. Sitzung vom 17. December 1900.

Vorsitzender: Herr Hennig; Schriftführer: Herr Donat.

Herr Füth: Vergleichende Untersuchungen über den osmotischen Druck im mütterlichen und kindlichen Blute.

Vortr. berichtet über Versuche, welche er gemeinschaftlich mit Dr. Krönig im Laboratorium der Universitätsfrauenklinik in Leipzig angestellt hat.

Um den osmotischen Druck zu messen, wurde bei den Versuchen der von Beckmann zu Gefrierpunktsbestimmungen angegebene Apparat benutzt. Da nach den Untersuchungen von van 't Hoff und de Vries Lösungen von demselben osmotischen Drucke denselben Gefrierpunkt haben und zwischen osmotischem Drucke einerseits, Gefrierpunktserniedrigung andererseits ganz bestimmte Relationen bestehen, so konnte dieser Apparat zu diesen Versuchen herangezogen werden.

Von jeder Blutprobe wurden im Allgemeinen 4 Einzelbestimmungen des Gefrierpunktes ausgeführt; die gefundenen Werthe weichen in Etwas von einander ab, doch sind die Einzelmessungen bei einer Blutprobe bis $^1/_{100}$ eines Grades genau, und die Abweichung vom berechneten Mittelwerthe bei 4 Bestimmungen überschreitet im Allgemeinen nicht $^5/_{1000}$ eines Grades.

Um vergleichende Gefrierpunktsbestimmungen zwischen mütterlichem und kindlichem Blute mit genügender Sicherheit anstellen zu können, mussten zunächst die möglichen Fehlerquellen festgestellt werden. Diese konnten darin liegen, dass das Serum und die Blutkörperchen nicht den gleichen Gefrierpunkt hatten, weiter darin, dass sich der Gefrierpunkt nach wiederholtem Gefrieren- und Wiederaufthauenlassen des Blutes änderte, schließlich darin, dass die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes nach längerem Stehen desselben beeinflusst wurde.

Die angestellten Untersuchungen haben nun zu folgenden Resultaten geführt: Blutplasma, Blutserum und Blutkörperchenbrei einer Blutprobe haben dieselbe Gefrierpunktserniedrigung.

Durch wiederholtes Aufthauen und Gefrierenlassen bei kräftigem Schütteln des Blutes bis zu 8mal ist keine Änderung in der Gefrierpunktserniedrigung so wie seiner Blutbestandtheile, Blutkörperchenbrei und Blutserum zu erkennen.

Durch längeres Aufbewahren des Blutes im Eisschranke unter der Voraussetzung, dass durch sicheren Abschluss eine Verdunstung verhütet wird, tritt keine Veränderung in der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes ein.

Durch eine Serie von 20 Versuchen wurde schließlich festgestellt, dass mütterliches und kindliches Blut sich am Ende der Austreibungsperiode der Geburt im osmotischen Gleichgewichtszustande befindet.

Das Blut der Mutter wurde in den allermeisten Fällen aus dem retroplacentaren Hämatom gewonnen. Dann, wenn die Nachgeburt sich nach Schultze gelöst hatte; manchmal wurde mütterliches Blut durch einen Aderlass gewonnen, der sich nothwendig machte, entweder bei Nephritis der Mutter, bei Kopfkongestionen etc.

Kindliches Blut wurde aus dem nach der Placenta hinsehenden Theile der Nabelschnur gewonnen, nachdem das Kind abgenabelt und die Nabelschnur durchschnitten war.

Weiter ergaben die Versuche, dass das Blut der Kreißenden und Neugeborenen als Mittelwerth eine Gefrierpunktserniedrigung von — 0,520 hat.

Ähnliche Versuche, wie die angegebenen, hat Veit aus der Klinik in Leyden veröffentlicht. Veit kommt nicht zu einem gleichen Resultate, sondern er findet zwischen kindlichem und mütterlichem Blute im Gefrierpunkte durchschnittlich eine Differenz von fast $^{2}/_{100}$ eines Grades.

F. und Krönig glauben auf Grund ihrer Versuchsserie bei 20 Kreißenden berechtigt zu sein, die von Veit gefundene Differenz zwischen mütterlichem und kindlichem Blute, als durch Zufälligkeiten bedingt, anzusehen; Veit machte von jeder Blutprobe nur jedes Mal eine Bestimmung.

(Die Arbeit ist ausführlich in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIII erschienen.)

Diskussion: Herr Menge: Kommt durch den Zusatz des Eiskrystalles zu dem Blute, dessen osmotischer Druck bestimmt werden soll, nicht eine Veränderung des Gefrierpunktes zu Stande? Koeppe hat bei seinen Untersuchungen nicht ein Thermometer mit fester, sondern ein solches mit beliebiger Skala benutzt, so dass die von Herrn Füth erwähnten, vom Thermometer abhängigen Fehler für seine Ergebnisse wohl nicht zutreffen.

Ist, da Blut keine reine Lösung darstellt, überhaupt die Bestimmung des osmotischen Druckes für die unzerstörten Körperchen und das Plasma zugleich exakt durchführbar?

Herr Littauer hält es nicht für statthaft, die Formeln der Wahrscheinlichkeitsrechnung anzuwenden, wenn es sich wie hier um verhältnismäßig wenige und kleine Beobachtungsserien handelt.

Herr Hennig erinnert daran, dass das Kali im Fötalblute überwiegt, der Überschuss von Kali nimmt in den Knochen mit den Jahren ab.

Herr Krönig macht Herrn Littauer gegenüber darauf aufmerksam, dass man bei so geringen Abweichungen in den Einzelbestimmungen wohl berechtigt ist, schon aus 8 Bestimmungen ein Wahrscheinlichkeitskalkül aufzustellen und daraus die Größe der wahrscheinlichen Abweichungen vom Mittelwerthe zu bestimmen.

Wenn der Gefrierpunkt des Blutes sich im Allgemeinen nicht so schnell und nicht so sicher einstellt wie z. B. der einer wässrigen Salzlösung, so ist dies wohl darauf zurückzuführen, dass durch die vorhandenen Eiweißsubstanzen im Blute die Eisbildung etwas verlangsamt wird.

Herrn Menge gegenüber möchte K. hervorheben, dass nicht ein Thermometer mit beliebiger Skala, sondern mit festem Nullpunkte der Bequemlichkeit halber angewendet wurde; es ist dies hier möglich, weil der Gefrierpunkt des Blutes nur verhältnismäßig sehr wenig schwankt und bei — 0,5 C. liegt.

Die benutzten Thermometer wurden mit einem vor Kurzem aus der technischen Reichsanstalt erhaltenen, geprüften Thermometer verglichen.

Schließlich möchte K. noch auf eine praktische Schlussfolgerung aufmerksam machen:

Da das Kind im Uterus einen eigenen Stoffwechsel hat, so ist oft zwischen mütterlichem und kindlichem Organismus Gelegenheit zu Druckschwankungen des Blutes gegeben; wenn trotzdem gleicher Druck auf beiden Seiten der trennenden Membran herrscht, so müssen wir annehmen, dass während der Schwangerschaft beständig eine diosmotische Bewegung von Mutter zu Kind und im umgekehrten Sinne stattfindet.

II. Herr Menge demonstrirt:

1) Einen totalexstirpirten Uterus mit kleinem begrenzten Carcinomknoten an der hinteren Muttermundslippe; das beginnende Carcinom in der Mitte in Folge von kaustischer Behandlung, die einige Zeit wegen der »Erosion« vorgenommen wurde, etwas eingesunken und zerfallen. Trotz der geringen Ausbreitung der primären Portiowucherung doch schon an der hinteren Scheidenwand, dort wo die hintere Lippe die Scheidenwand tangirt, ein ganz flaches,

gleichfalls begrenztes, carcinomatöses Ulcus. Es handelt sich um eine sehr frühzeitig entstandene carcinomatöse Implantationsmetastase, deren Entwicklung vielleicht durch die kaustische Behandlung des incipienten Portiokrebses begünstigt wurde, welche Epitheldefekte an der hinteren Vaginalwand veranlasste.

Hysterectomia vaginalis mit Dauerklemmen. Exstirpatio vaginae posterioris. Glatte Heilung.

2) Zwei durch Laparotomie gewonnene cystische Beckentumoren und ein intramural entwickeltes Myom von ein und derselben Pat., bei welcher durch die Tumorbildung das Rectum stark komprimirt wurde, so dass die Defäkation nur mit großen Schwierigkeiten künstlich unterhalten wurde.

Klinische Diagnose: Beiderseits Ovarialdermoide. Rechtsseitiger Tumor verwachsen.

Bei der Operation folgender Befund:

In der linken Seite leicht bewegliches Dermoid des Ovariums, leicht zu stielen und abzutragen. Rechtes Ovarium gesund aussehend, nur atrophisch. Lig. latum in ganzer Breite erhalten, nicht entfaltet. Hinter der Lamina posterior des Lig. latum unterhalb des frei beweglichen Ovariums ohne jeden Zusammenhang mit diesem, den Douglas und auch die rechte Beckenseite theilweise füllend, ein prall-elastischer Tumor, der mit der Umgebung durch zarte Adhäsionsfäden verwachsen ist. Durchtrennung dieser Fäden. Trotzdem Unmöglichkeit, den anscheinend subperitoneal entwickelten Tumor hochzuheben. Spaltung des serösen Überzuges. Hierauf leichte Entwicklung des Tumors, Ausschälung aus dem subperitonealen Beckenbindegewebe, ohne dass ein Stiel nachweisbar. Blutung ganz geringfügig. Schließung des peritonealen Spaltes oberhalb des Geschwulstbettes durch die Naht. Dann Ausschälung eines intramuralen Myomknotens aus der Uteruswand; Vernähung des Myombettes. Glatte Heilung.

Die rechtsseitige, aus dem Beckenbindegewebe ausgeschälte Cyste enthält eine fettige, gelbe, erbsbreiähnliche Masse, in welcher ein verfilztes Konvolut von rothblonden Haaren befindlich. Cystenwand überall gleichmäßig dünn und an der Innenfläche glatt. Histologische Untersuchung der Wand steht noch aus. Doch handelt es sich jedenfalls um ein reines retroperitoneales Dermoid des Beckenbindegewebes.

Der linksseitige cystische Ovarialtumor enthält Fett, nur einzelne Haare, und in seiner Wandzotte ist Knochen- und Knorpelgewebe, außerdem Ektoderm und Entoderm mikroskopisch nachweisbar.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerth. In der Litteratur (Rosthorn) sind bisher überhaupt nur 17 Fälle von retroperitonealem Dermoid des Beckenbindegewebes publicirt. Davon saßen die meisten links im Cavum subperitoneale oder im Bindegewebe zwischen Mastdarm und Kreuzbein. Nur 3mal wurde bisher die Bildung auf der rechten Seite beobachtet. Dieser Fall reiht sich als vierter an.

Nur 4mal wurden bisher Haare in retroperitonealen Dermoiden nachgewiesen. In dieser Beziehung ist der beschriebene Fall der fünfte.

In bei Weitem den meisten Beobachtungen erfolgte das Wachsthum perinealwärts. In dem vorliegenden Falle entwickelte sich dagegen der Tumor bauchhöhlenwärts und veranlasste dadurch die falsche Diagnose, welche allerdings durch das auf der linken Seite vorhandene »Ovarialembryom« mit bestimmt wurde.

Da der subperitoneale Tumor nach oben nicht ausweichen konnte, musste er im Verein mit dem intramuralen Myom das Rectum stark komprimiren. Die dadurch bedingt gewesene Koprostase ist nach der Operation spontan völlig beseitigt.

3) Einen per vaginam totalexstirpirten Uterus mit 3facher Atresie im Cervicalkanal, welche sich an eine Ausschabung eines nicht puerperalen Uterus einer Frau, die 4mal ausgetragene Kinder geboren hatte, angeschlossen hatte.

Nach Mittheilung des Arztes, welcher die Abrasio ausgeführt, wurde dieselbe ohne Dilatation der Cervix mit einer scharfen Curette, ohne nachfolgende so-

fortige oder spätere Ätzung vorgenommen. Der Abrasio folgte auch eine fieberfreie Rekonvalescenz.

Die Einzelheiten des seltenen Falles werden später eingehend mitgetheilt. M. hat in der Litteratur bisher nur einzelne Fälle gefunden, bei welchen eine Ausschabung post partum oder post abortum eine Verschließung der Uterushöhle hervorrief.

Die Kranke ist seit der Operation wieder völlig arbeitsfähig.

4) Einen großen Hydronephrosensack.

Der rechtsseitige Nierentumor war schon Anfang September 1900 gefunden worden. Damals Urin ohne Eiweiß und Zucker. Pat., zur cystoskopischen Untersuchung bestellt, bleibt aus.

Anfang November Beschwerden erheblich gesteigert. Tumor stark gewachsen. Hilusartige Kerbe deutlich fühlbar. Cystoskopische Untersuchung ergiebt Folgendes: Blasenwand völlig normal. Linke Ureterpapille etwas höher wie die rechte. Linker Ureter spritzt in Zwischenräumen. Der Schlitz des rechten Ureters öffnet sich nicht, dort in der Blase auch keine Wasserwirbel. Der rechte Ureter scheint demnach nicht zu funktioniren. Auch bei Druck auf den Nierentumor kein Austritt von Flüssigkeit aus seiner Papille. In den linken Harnleiter lässt sich sehr leicht und tief ein Ureterkatheter einführen, aus welchem bald reichlicher, klarer, eiweiß- und zuckerfreier Urin in kleinen Intervallen abtropft. In den rechten Ureter dringen alle eingeführten Katheter (mit und ohne Mandrin) immer nur bis zu einer bestimmten Stelle, ca. 4—5 cm tief ein. Dort anscheinend ein Hindernis. Versuch, unter bimanueller Kontrolle die Uretersonde weiter vorzuschieben, gelingt nicht, weil dabei die Spitze der Sonde aus dem Ureter stets wieder herausgleitet. Doch lässt sich der Ureter leicht auch ohne eingelegten Katheter als feiner, rollender Strang bimanuell vom Scheidengewölbe aus nach der seitlichen Beckenwand hin verfolgen bis zu einer Stelle, die ca. 4 cm von der Cervix entfernt liegt. Hier harte spindelförmige Anschwellung des Harnleiters, welche sehr druckempfindlich ist. Seitliche Verschiebungen der verdickten Partie sind möglich, doch gelingt es nicht, den Knoten in der Längsrichtung des Ureterrohres nach der Blase zu verschieben.

Auf Grund des Untersuchungsbefundes Diagnose: Eingeklemmter Stein im rechten Ureter. Hydro- oder Pyonephrosis dextra.

In der Diagnose eingeklemmter Stein im Ureter wurde M. noch durch folgende Beobachtung bestärkt:

Bei wiederholter cystoskopischer Untersuchung sieht man lateral von der Einmündungsstelle des linken durchgängigen Ureters eine derartige Steigerung der Aufblähung des untersten Ureterstückes vor der jedesmaligen Ausspritzung des Urins, dass sich die Blasenwand hoch emporhebt und divertikelartig in das Blasenlumen vorgestülpt wird.

Von Lippmann-Wulff ist vor Kurzem im Verein für innere Medicin in Berlin ein Ureterdivertikel demonstrirt worden, welches sich am unteren Ende des rechten Ureters einer Frau entwickelt hatte, bei welcher 15 Jahre ante exitum die linke Niere exstirpirt war. Die rechte Niere bei diesem Falle, stark hypertrophisch, hatte die Arbeit der linken Niere mit übernommen und allmählich durch das beständige peristaltische Gegendrängen des vermehrten Urins gegen den rechten Ureter-Blasenspalt die Erweiterung des unteren Ureterabschnittes bis zur Divertikelbildung veranlasst. In gleicher Weise ist wohl das ähnliche Phänomen im vorliegenden Falle mit Verschluss des Ureters durch einen Stein, Hydronephrosenbildung und dadurch bedingter Ausschaltung der einseitigen Nierenfunktion zu beurtheilen.

Bei Nachachtung wird sich vielleicht herausstellen, dass die Erscheinung sich zuweilen diagnostisch verwerthen lässt.

Die erste Absicht war, den Ureter von der Bauchhöhle aus zu incidiren, den Stein zu extrahiren und den Ureter wieder zu vernähen, event. bei narbiger Striktur oder bei Verschluss des Ureters Resektion und Einnähung desselben in die Blase anzufügen.

Desshalb Eröffnung der Bauchhöhle rechts von der Mittellinie am lateralen Rande des M. rectus abdominis. Schnitt zur Freilegung auch des Nierentumors in Beckenhochlagerung von der 9. Rippe bis zum Lig. Pouparti. Rechter Ureter oberhalb des deutlich fühlbaren, aber ganz unverschieblichen Steines fingerdick, eigenthümlich sulzig verändert durch das Peritoneum durchscheinend. Nierentumor sehr groß, hat ungefähr den Umfang von 3 Mannsfäusten, prall-elastisch, ganz dünnwandig. Ureterplastik bei der sulzigen Beschaffenheit der Wandung wenig aussichtsreich. Desshalb, da das Nierengewebe völlig zu Grunde gegangen schien, Entschluss zur Nephrektomie. Wegen Unsicherheit bezüglich des Sackinhaltes Versuch der retroperitonealen Ausschälung nach vorausgeschicktem Verschlusse der Peritonealhöhle. Zu diesem Zwecke ausgedehnte Ablösung des parietalen Peritoneums von der seitlichen Bauchwand. Retroperitoneale Entwicklung der Niere aber undurchführbar, wegen Größe des Nierensackes. Desshalb Spaltung der ganzen Nierenkapsel von der Peritonealhöhle aus und allmähliche stumpfe Auslösung des Sackes aus dem Bette; der Nierensack reißt dabei an einer Stelle, die mit der Kapsel fest verwachsen ist, und lässt eine große Menge klare gelbliche Flüssigkeit, Urin, ausströmen. Der Nierenstiel wird in Partien mit Katgut abgebunden und extraperitoneal gelagert. Hierauf, nachdem der Inhalt des Nierensackes sich als harmlos herausgestellt hatte, Excision des Steines aus dem Ureter und Vernähung des letzteren.

Glatte Heilung.

Diskussion. Herr Glockner erwähnt, dass Bandler Wilms nicht widerlegt hat.

Herr Krönig war bei einem ziemlich weit fortgeschrittenen Portiocarcinom einer klimakterischen Frau genöthigt, vor der vaginalen Totalexstirpation wegen seniler Atrophie der Scheide, eine tiefe Scheiden-Dammincision zu machen. Die Totalexstirpation des Uterus gelang danach leicht, und die Pat. verließ nach fast geheilter Scheiden-Dammwunde am 23. Tage die Klinik. 4 Monate später stellte sich Pat. wieder vor mit einem über walnussgroßen Carcinomrecidiv in der Scheiden-Dammnarbe, während die Scheidenwunde im Fundus glatt vernarbt war und kein Recidiv in den Parametrien zu fühlen war.

Es sind ja derartige Impfrecidive der Scheiden-Dammincisionswunde schon mehrfach beobachtet, K. glaubt aber diesen Fall desswegen besonders erwähnen zu müssen, weil er sich durch einen merkwürdigen weiteren Verlauf auszeichnet. Nach der Totalexstirpation des Uterus hatte sich nämlich die Frau, die stark entblutet in die Klinik kam, anfänglich sehr schnell erholt und mehrere Pfund an Körpergewicht zugenommen, dann aber trat ein Stillstand ein, dem eine rapide Verschlechterung im Allgemeinbefinden folgte. Als sich Pat. nach 4 Monaten mit dem Recidiv vorstellt, war sie ziemlich verzweifelt, auch hatte K. selbst wenig Hoffnung. Es wurde, da der Recidivknoten auf der Unterfläche noch etwas verschieblich war, der Frau die Operation vorgeschlagen. Es wurde einige Tage darauf der Tumor weit im Gesunden exstirpirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Carcinom von gleichem Bau wie das Portiocarcinom.

Nach der Exstirpation dieses Recidivs erholte sich Pat. ganz außerordentlich, sie hat mehrere Pfund zugenommen und verrichtet schwere Feldarbeit. Bei der letzten Untersuchung, $1\frac{1}{2}$ Jahre p. op., konnte weder im Scheidengrunde noch an der Narbe der Scheiden-Dammincision ein Recidiv konstatirt werden.

Die ersten Impfmetastasen bei primärem Portiocarcinom in der Scheidenschleimhaut sind oft, was K. Herrn Menge bestätigen möchte, außerordentlich schwer zu erkennen, sie erscheinen als einfache leichte Epithelabschilferungen; bei Gelegenheit einer Totalexstirpation der Scheide und des Uterus wegen primärem Scheidenkrebs waren weit entfernt vom primären Ulcus in der Scheidenschleimhaut derartige verdächtige Epithelabschilferungen zu erkennen, welche sich nachträglich in der That als Carcinomaussaaten schon erwiesen.

Neueste Litteratur.

4) Archiv für Gynäkologie Bd. LXII. Hft. 3.

1) Theilhaber (München). Die Ursachen der präklimakterischen Blutungen.

Nach Verf. liegt in der Mehrzahl der Fälle von präklimakterischen Blutungen die Ursache nicht in dem Verhalten der Schleimhaut, nicht in der veränderten Beschaffenheit der Gefäße und nicht in der abnormen Funktion der Ovarien. Nach den Untersuchungen vieler Autoren und auch des Verf. findet sich an der Schleimhaut keine typische Veränderung; bald ist eine hyperplastische Wucherung der Drüsen (Endometritis fungosa), bald eine Vermehrung des Bindegewebes zu konstatiren, und bald findet man normale Schleimhaut. Die vielfach gesehene Verdickung der Gefäßwände mit Verengerung des Lumens hat nichts mit der als Ursache der Blutungen angenommenen Atheromatosis der Gefäße zu thun; es handelt sich hier nur um eine Arteriitis physiologica, um einen allmählichen Schwund der Gefäße in dem von der Natur nach und nach in diesen Jahren anämisirten Organe. Auch um eine Endometritis ovarialis nach Brennecke kann es sich nicht handeln, da der von Pflüger angenommene nervös reflektorische Zusammenhang zwischen Ovulation und Menstruation durch die Arbeiten von Leopold u. A. längst in Zweifel gestellt ist.

Nach Ansicht des Verf. liegt die Ursache der präklimakterischen Blutungen in dem abnormen Verhalten der Uterusmuskulatur, in einer Atonie derselben, die dadurch zu Stande kommt, dass in der präklimakterischen Zeit im Uterus das Bindegewebe wuchert und die Muskulatur quantitativ und qualitativ reducirt wird. Dieser Process ist nicht als Folgeerscheinung einer Atheromatosis der Gefäße zu betrachten, sondern als ein der Obliteration derselben in den 40er Jahren koordinirter Vorgang, eine Theilerscheinung der allgemeinen regressiven Metamorphose der Genitalien. Das thatsächliche Vorhandensein dieser Atonie sucht Verf. durch Beispiele zu erläutern, die allerdings nicht sämmtlich beweiskräftig sind, wie die Beobachtungen Beuttner's von der sog. Erschlaffung des Uterus bis zur doppelten Sondenlänge auf Einführung eines Instrumentes hin. Eilt die Bindegewebewucherung der Gefäßverschließung voraus, so kann es durch Insufficienz des Muskels zu starken und anhaltenden Blutungen kommen. Andauernde Blutüberfüllung des Organs bewirkt öfters in dieser Zeit hyperplastische Verdickung der Wandung sammt der Schleimhaut. Auch die »essentiellen« Blutungen bei anämischen Mädchen und nach konsumirenden Krankheiten glaubt Verf. auf Schwächlichkeit und Atonie der Uterusmuskulatur zurückführen zu sollen.

2) Franz Lehmann. Zur Kenntnis der primären Carcinome des Corpus uteri.

Interessanter Fall von Corpuscarcinom, der eine 56jährige Nullipara betraf. Pat. wurde unter erschwerenden Umständen bei senil verengter Vagina und unbeweglichem Uterus vaginal operirt und erkrankte $^3/_4$ Jahr nachher an einem Recidiv. Im Großen und Ganzen glaubt Verf. nicht an eine besondere Bösartigkeit der Corpuscarcinome, bei denen jedenfalls ein viel größerer Procentsatz als bei den Collumcarcinomen lange operabel bleibt. — Das Carcinom hatte sich in Größe eines 5-Markstückes auf der Hinterwand des Uterus genau gegenüber einem Myom der Vorderwand, ziemlich polypös entwickelt; ein Befund, der den Gedanken nahe legt, dass das Carcinom auf dauernden Druckreiz von Seiten des Myoms hin entstanden ist. Die Untersuchung von ausgeschabten Massen und Theilen des Präparates zeigte recht verschiedenartige Bilder: Nester epitheloider Zellen, polypöse Bildungen mit kubischem bis cylindrischem Deckepithel, Stellen vom Bau eines typischen Drüsencarcinoms und andere rein adenomatöse Bildungen. Verf. ist der Ansicht, dass es sich hier nicht um eine Kombination zweier verschiedener Krebsarten, eines Plattenepithelkrebses und eines Drüsenkrebses, von 2 ver-

schiedenen Matrices her handelt, sondern um eine bösartige Geschwulst des Oberflächenepithels bei fast völligem Schwund der Drüsen. Das Oberflächenepithel dringt nur verhältnismäßig wenig in die Tiefe, wo es typische Plattenepithelzellnester bildet, vorzugsweise wuchert es in das Cavum uteri hinein, wo es polypöse Gebilde hervorbringt, die den Charakter von Adenocarcinom annehmen. Verf. macht also den Versuch, zottige und adenomatöse Geschwulstantheile von dem zum Plattenepithel oder kubischen Epithel krankhaft umgewandelten Uterusepithel abzuleiten, indem er den histogenetischen Standpunkt berücksichtigt. Auch die Fälle von Eckardt und Kaufmann betrachtet er nicht als doppelte Carcinome, sondern als Drüsenkrebse mit stellenweiser Umwandlung der cylindrischen Zellen in kubische und platte. Analogien nach dieser Richtung hin bietet die Entstehung und der Aufbau von Blasenpolypen auf dem kubischen, flachen Blasenepithel.

3) F. Schenk. Über Dauererfolge nach Myomotomie (supravaginaler Amputation und radikaler abdominaler Adnexoperation).

v. Rosthorn operirte 1891—1899 in Prag nach Hofmeier im Ganzen 123 Fälle mit 3,25% Mortalität. Da auch auf der letzten Gynäkologenversammlung über die Operationsmethoden und viele andere Punkte keine Einigkeit erzielt wurde, unternahm es Verf., sich nach den weiteren Schicksalen der v. Rosthornschen Fälle zu erkundigen. Im Ganzen kann er über die Dauerresultate bei 74 Fällen berichten, die theils von Ärzten untersucht wurden, theils nur schriftlichen Bescheid gaben. 87% waren von allen Beschwerden befreit, in 3 Fällen (4,1%) traten Bauchwandbrüche auf. Ausfallserscheinungen stellten sich ungefähr in der Hälfte der Fälle nach der Operation ein, die andere Hälfte blieb gänzlich frei. Von den 74 Pat. sind nur 2 mit dem Erfolge unzufrieden. In einem Falle trat am Stumpfe Carcinom auf (12. Fall dieser Art), in einem als Psychose nach der Operation Hypochondrie. Bei diesen zufriedenstellenden Resultaten ist Verf. für die Totalexstirpation nur in den Fällen, in denen eine ganz bestimmte Indikation dazu vorliegt.

Ferner betrachtet Verf. die Dauerresultate von abdominaler Radikaloperation bei entzündlichen Adnexkrankheiten. v. Rosthorn operirte nach dieser Methode unter 137 Fällen von abdominaler Operation 65mal mit 6,1% Mortalität. Als Indikation können nachweisbare anatomische Veränderungen nur dann betrachtet werden, wenn sie mit einer Summe von intensiven Beschwerden verknüpft sind. 8 briefliche Auskünfte und 23 Nachuntersuchungen führen Verf. zu folgenden günstigen Schlüssen. Nicht weniger wie 90% der revidirten 31 Fälle wurden wieder vollkommen arbeitsfähig. Schwere Ausfallserscheinungen bestanden zur Zeit der Nachuntersuchung (8 Monate bis 3 Jahre post op.) nur in einem Falle (3%), leichte in 14 Fällen (45%), zusammen in 48%. Verf. will die abdominale Radikaloperation nicht als die beste Methode hinstellen, doch kann er hinsichtlich der Dauerresultate bei operativer Behandlung der Adnexkrankheiten nicht die pessimistische Ansicht von Fritsch theilen.

4) Krull. Vier Fälle von Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorne des Uterus.

Die Arbeit behandelt 4 Fälle aus der Dresdener Frauenklinik, die daselbst mit günstigem Erfolge operirt wurden. Es wurde möglichst konservativ verfahren; nur in einem Falle musste wegen unstillbarer Blutung aus dem atretischen Stiele auch das durchgängige Horn mit den Adnexen supravaginal amputirt werden. Sind Schwangerschaftszeichen vorhanden und eine Geschwulst neben dem Uterus, so giebt für die Diagnose, die in 2 Fällen sicher gestellt werden konnte, den sichersten Anhaltspunkt der Verbindungsstrang zwischen Uterus und schwangerem rudimentärem Horne. Die Dicke und Festigkeit dieses Stranges, der Ausgang desselben von der Gegend des inneren Muttermundes des Uterus ist bei ektopischer Schwangerschaft nie zu finden. Außerdem wird die Diagnose gestützt, wenn man auf dem Fruchtsacke Gebilde findet, welche den Anhängen entsprechen. Eine Ruptur nach Trauma in den ersten Monaten, die zur sofortigen Operation nöthigte, wurde nur in einem Falle beobachtet, während 2 andere das Ende der Gravidität erreichten. Für den Vorgang der Befruchtung interessiren die 2 Fälle,

bei denen der Verbindungsstrang solide war und das Corpus luteum einmal auf der Seite des gut entwickelten und einmal auf der Seite des verkümmerten, schwangeren Hornes gefunden wurde. Im 1. Falle haben wir es mit einer äußeren Überwanderung des Eies und des Samens, bezw. des befruchteten Eies, im zweiten mit einer äußeren Überwanderung des Samens zu thun.

5) Droese. Über die Aufsuchung und Eröffnung vereiterter parametritischer Exsudate durch Incision bezw. Laparotomie.

Nur in einem der drei geschilderten, in der Dresdener Frauenklinik operirten Fälle wurde der gewöhnliche Weg zur Eröffnung des Exsudates durch einen Schnitt oberhalb des Poupart'schen Bandes beschritten. Im 2. Falle handelte es sich um ein hauptsächlich retroperitoneal hinter dem Uterus und oberhalb des Douglas entwickeltes Exsudat, im dritten um einen Uterusabscess, der erst am 23. Tage sekundär zur Infiltration von Mastdarm und Netz führte. In beiden Fällen wurde die Laparotomie gemacht, der Eiterherd unter den nöthigen Kautelen entleert und nach oben und unten mit Gummidrains drainirt. Die Diagnose der eitrigen Einschmelzung des Exsudates konnte nur aus der ausbleibenden Rückbildung desselben bei exspektativer Therapie und aus dem remittirenden Charakter annehmenden Fieber gestellt werden. Weder Ödem und Röthung der Haut noch Fluktuation waren zu konstatiren. Verf. empfiehlt dieses Vorgehen bei solchen Exsudaten, die nicht die vordere Bauchwand erreichen und auch von der Scheide nicht palpabel sind. Ist auch die Laparotomie als schwerer Eingriff zu betrachten, so bietet sie doch die einzige Aussicht, sicher an den Eiterherd heranzukommen; auch zeigt die Erfahrung, dass die unvermeidliche Berührung der Bauchhöhle mit Spuren des Eiters meistens keine Peritonitis zur Folge hat, wenn man nur für ordentliche Drainage sorgt und die inficirten Stellen separirt.

6) B. Wolff. Beitrag zur Lehre von der Wendung und Extraktion beim engen Becken.

Das der Arbeit zu Grunde liegende Material, aus der Gusserow'schen Poliklinik stammend, umfasst 196 Fälle von Wendung und Extraktion beim engen Becken, die hinsichtlich ihres Ausganges für Mutter und Kind nach verschiedenen Gesichtspunkten vom Verf. betrachtet werden. Von den Müttern starben 5 (2,6%), von den Kindern 48 (24,5%). Die Prognose für die Mutter muss danach als gut bezeichnet werden, für die Kinder sind die Bedingungen, unter denen die Operation ausgeführt wird, von großer Bedeutung. Bei einer Beckenverengerung von ca. $9^1/_2$—8 cm Conj. vera kommt es vor allen anderen Verhältnissen darauf an, ob bei stehender Blase gewendet und extrahirt wird, oder kürzere oder längere Zeit nach dem Blasensprunge. Geschieht Letzteres, so verschlechtert sich die Prognose für das Kind bedeutend. Verf. geht den Gründen dieses auffallenden Ergebnisses nach. Ein Vergleich mit der Wendung beim normalen Becken zeigt, dass die Verschlechterung der kindlichen Prognose für dieses nach dem Blasensprunge nicht zutrifft. Es müssen demnach fürs enge Becken besondere Schwierigkeiten nach dem Blasensprunge sich ergeben, besondere Gefahren das kindliche Leben bedrohen, welche nicht allein in der Wendung, sondern auch in der Extraktion des Kopfes zu suchen sind. Nicht nur die Wendung wird nach dem Wasserabflusse schwieriger. Die Haltung der kindlichen Arme und des Kopfes erfährt dabei solche Veränderungen, dass sich auch für die Extraktion größere Schwierigkeiten ergeben, die beim engen Becken das kindliche Leben in Gefahr bringen.

Die günstigen Erfahrungen, die sich bei der sog. prophylaktischen Wendung aus der Schädellage ergaben, berechtigen Verf. zu dem Schlusse, dass eine solche vorzunehmen ist, wenn der gute Verlauf in Schädellage nach dem Untersuchungsbefunde und der Anamnese bei engem Becken mit Conj. vera zwischen $9^1/_2$ und 8 cm auch nur als zweifelhaft angesehen werden muss. Im Übrigen stimmen die Resultate des Verf. mit denen der meisten anderen Autoren überein. Ein Unterschied in der Prognose bei verschiedenen Beckenformen ließ sich nicht in unzweideutiger Weise aus dem vorliegenden Materiale entnehmen.

Courant (Breslau).

Geburtshilfliches.

5) **Skeel** (Cleveland). Fall von Kaiserschnitt.

(Bull. of the Cleveland general hospital 1900. Januar.)

Ipara mit einer Conj. externa $6^3/_4$ Zoll, diagonalis $3^5/_8$ Zoll, vera geschätzt auf 3 Zoll, dabei der Kindskopf groß. Es wurde die Entbindung der schon längere Zeit in Wehen liegenden Frau durch klassischen Kaiserschnitt vorgenommen und nach Sänger operirt. Da sich aber nach Beseitigung der Nachgeburt die Gebärmutter trotz Reiben, Heißwasserberieselung und Ergotineinspritzung durchaus nicht zusammenziehen wollte, wurde noch nachträglich die Hysterektomie mit äußerer Stielversorgung ausgeführt. Mutter und Kind blieben erhalten.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

6) **E. Bidone** (Bologna). Ein Kaiserschnitt wegen syphilitischer Stenose des Uterushalses.

(Verhandlungen der ital. gynäkolog. Gesellschaft. Pavia 1899.)

Bei der 32jährigen IVpara, welche nach der 1. Entbindung Syphilis acquirirt hatte, traten im Beginne des 7. Monats die Symptome der bevorstehenden Frühgeburt ein (Blutungen, Wehen). Da die Tamponade der Vagina keinen großen Erfolg hatte, wurde mit den verschiedensten Mitteln (Dusche, Bougie, instrumentelle Dilatatoren etc.) versucht, die Geburt zu beschleunigen. Aber, obwohl die Wehen ziemlich kräftig waren, blieb die Cervix kaum für einen Finger passirbar. Der ganze Halstheil des Uterus war sehr derb, knorpelhart, sklerosirt; mit Rücksicht auf die Anamnese wurden diese Veränderungen als syphilitische angesprochen. Das Becken war normal. Nach 3 Tagen vergeblichen Kreißens wurde auf den vaginalen Weg verzichtet, und — obwohl der Fötus todt und unreif war — der Kaiserschnitt ausgeführt; außerdem wurden noch die beiderseitigen Ovarien Behufs Kastration weggenommen. Die Operation verlief normal, und die Wöchnerin verließ das Hospital gesund. Verf. rechtfertigt sein Verfahren damit, dass ein noch eingreifenderes vaginales Verfahren — speciell tiefe Incisionen der Cervix — im Hinblicke auf die mittlerweile eingetretene Infektion (Fieber von 38°, Puls 120, Ödeme und grauer Belag an den äußeren Genitalien) ihm gefährlicher erschienen sei als der Kaiserschnitt. Trotzdem dürfte die Berechtigung der vorliegenden Indikation sehr zweifelhaft erscheinen. **H. Bartsch** (Heidelberg).

7) **Westphalen** (Flensburg). Zur medikamentösen Beeinflussung der Bauchpresse unter der Geburt.

(Mittheilungen für den Verein schleswig-holstein. Ärzte 1901. No. 4.)

Verf. hat in 25 Fällen, wo ein Stillstand der Geburt in der Austreibungsperiode in Folge von ausgeschalteter Bauchpresse eintrat, durch Cocainsuppositorien (0,03 pro Suppositorium, 2 Suppositorien in $1^1/_2$ Stunde) per rectum sehr gute Erfolge erzielt. Die in Folge der Schmerzempfindung nicht angestrengten Bauchmuskeln traten schon nach 5—10 Minuten in Funktion, Krampfwehen hörten momentan auf, der Geburtsverlauf war oft unverhofft rasch.

Stoeckel (Bonn).

8) **Stolz** (Graz). Zur Abnabelung des Neugeborenen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 5.)

In der v. Rosthorn'schen Klinik wurde nach Ausprobiren der von Ahlfeld und Martin empfohlenen Abnabelungsverfahren in 550 Fällen derartig vorgegangen, dass die Nabelschnur zunächst provisorisch unterbunden und dann eine Stunde später dicht am Nabelringe mit feiner Seide umschnürt und $^1/_2$ cm darüber mit sterilisirter Schere durchschnitten wurde. Gazebedeckung, jeden 2. Tag beim

Wiegen des Kindes Verbandwechsel mit Dermatolbepuderung. Das Verfahren wird empfohlen, es ist sicher und einfach; die Wunden heilen gut, die Abstoßung des Nabelschnurrestes erfolgt schneller als nach anderen Methoden. Bei seltenerem Verbandwechsel verringert sich die Infektionsgefahr, verzögert sich aber auch der Abfall des Nabelschnurrestes um ein Geringes. Die Nachbehandlung, die möglichste Asepsis und Trockenhaltung der Wunde zu erstreben hat, muss gewissenhaft sein. **Stoeckel** (Bonn).

9) **E. Kraus** (Prag). Ein weiterer Beitrag zur Klinik und Therapie des Tetanus.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. N. F. Bd. I. Hft. 5.)

Vor 2 Jahren trat in der Prager Gebäranstalt eine Hausepidemie von Tetanus puerperalis auf, welche zahlreiche Opfer forderte. Als diese Epidemie auch auf die deutsche Klinik übergriff, ließ Prof. Sänger alle operativ Entbundenen prophylaktisch mit Tetanusantitoxin impfen, weil alle Maßnahmen der Renovirung und Reinigung noch nicht sicher genug schienen. Es trat kein neuerlicher Fall mehr auf. Erst nach einmaligem Aussetzen dieser Impfung kam wieder ein Fall von Tetanus puerperalis zur Beobachtung. Er betraf eine schon in der Schwangerschaft wochenlang unter täglichen Schüttelfrösten fiebernde Frau, die mit bereits abgestorbener Frucht zur Aufnahme gelangte und, da sie rasch (durch Perforation) entbunden werden musste, nicht geimpft wurde. Nach ihrer Entlassung am 10. Wochenbettstage entwickelte sich in wenigen Tagen das typische Bild eines schweren Tetanus. Aufnahme in die interne Klinik. Antitoxin wurde nicht verabreicht, da die Erfahrungen der früheren Fälle die Nutzlosigkeit der subkutanen Anwendung des Antitoxins in solchen Fällen genügend dargelegt hatten. Interessant war nun, dass mit dem Eintritte einer schweren Pneumonie die tetanischen Erscheinungen sofort in den Hintergrund traten und mit dem Ablaufe derselben völlige Heilung eintrat. Eine Beeinflussung der Toxine der Pneumonie auf die des Tetanus ist hier wohl mit Sicherheit anzunehmen. In einem weiteren einige Tage später aufgenommenen Falle von Tetanus nach einem Aborte injicirte K. 1 g Behring'sches Antitoxin in 10 ccm Wasser gelöst mittels der Quincke-schen Lumbalpunktion in den Duralsack. Die hierauf eingetretenen Zeichen des plötzlich gesteigerten Hirndruckes: Erbrechen und Wirbelsäulenschmerzen, schwanden bald. Obwohl ein in die Augen springender Erfolg nicht erzielt wurde, so sprach doch das schnelle Schwinden der gesteigerten Reflexerregbarkeit, das rasche Ausbleiben der Krämpfe und die in kürzester Zeit eingetretene, sonst ungewöhnliche Heilung entschieden für die rasche Entgiftung des Organismus durch diese Applikationsmethode des Tetanusantitoxins, die Angesichts der Ungefährlichkeit der Methode und der sonst so hohen Mortalität des Tetanus in Zukunft eine berechtigte Anwendung finden dürfte. **Piering** (Prag).

10) **Holowko** (Dünaburg). Ein Beitrag zur Embryotomie mit dem Sichelmesser.

(Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 50.)

3 Fälle von verschleppter Querlage, in denen die Embryotomie mittels des von Küstner modificirten Schultze'schen Sichelmessers ohne Verletzung der Mutter und des Operateurs relativ leicht gelang. Alle 3 Frauen machten ein fieberfreies Wochenbett durch. Bemerkenswerth ist, dass es sich in allen 3 Fällen um Iparae handelt; leider fehlen Angaben über die Beckenmaße.

Stoeckel (Bonn).

11) **G. Miranda** (Neapel). Pathogenese und Behandlung der puerperalen Eklampsie.

(Arch. di ost. e gin. 1899. September.)

Verf. bespricht die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Eklampsie. Er selbst sieht dieselbe als eine Form von »Autointoxikation« an. Der mensch-

liche Körper erzeugt hiernach fortwährend Gifte; namentlich der Darmkanal ist als eine Hauptquelle solcher Gifte zu betrachten (Sekrete, Verdauungs- und Stoffwechselprodukte). Für die Unschädlichmachung dieser toxischen Stoffe sorgen normalerweise eine Reihe von Organen, in erster Linie die Leber und die Nieren. In der Schwangerschaft nun soll die Menge dieser giftigen Substanzen (namentlich die Produkte des »intermediären Stoffwechsels«) wesentlich vermehrt sein; dazu gesellen sich noch die toxischen Bestandtheile des fötalen Stoffwechsels. Andererseits ist die funktionelle Leistungsfähigkeit von Leber und Niere durch die Schwangerschaftsveränderungen herabgesetzt. Indem nun weiter die Toxine schädlich einwirken auf die genannten Organe, bildet sich ein Circulus vitiosus, der die Anhäufung der schädlichen Substanzen im Blute immer mehr begünstigt; die so entstehende Autointoxikation bildet die Disposition für den Ausbruch der Eklampsie, und es bedarf alsdann nur noch eines geringen Anstoßes (z. B. Kompression der Ureteren intra partum), um die Krankheit in Erscheinung treten zu lassen.

Die beste Prophylaxe wird gebildet durch eine sorgfältige Hygiene der Schwangerschaft, insbesondere die genaueste Kontrolle des Verdauungsapparates und der Nierenthätigkeit. Die eigentliche Behandlung hat schon vor Beginn der typischen Anfälle einzusetzen; denn auch die Prodromalerscheinungen (Albuminurie, Ödeme, Vomitus, Sehstörungen, Kopfschmerzen etc.) sind schon Symptome der bestehenden Eklampsie. Die kausale Therapie muss danach trachten, die Produktion der Toxine einzuschränken und die bereits im Blute kreisenden Giftstoffe zu entfernen. Dies soll geschehen: einerseits durch Abführmittel, Klystiere, Darreichung verdünnter Salz- und Milchsäure, strenge Milchdiät, möglichst rasche Entleerung des Uterus (künstliche Frühgeburt, Wendung, Forceps, Kaiserschnitt), andererseits durch heiße Bäder, Aderlass (bis zu 500, event. auch 1000 ccm), so wie intravenöse oder subkutane Kochsalzinfusionen. Außerdem ist noch eine symptomatische Behandlung einzuleiten, wobei besonders Chloral und Morphium in Betracht kommen; das Chloroform will Verf. nur vorübergehend in dringenden Fällen angewandt wissen. **H. Bartsch** (Heidelberg).

Verschiedenes.

12) **Earle** (Baltimore). Mastdarmexstirpation durch die Scheide.

(Med. record 1900. Juli 21.)

Ein Adenocarcinom des Mastdarmes entfernte E. von der Scheide aus, wobei 0,127 m des Rectums fortgenommen wurden. Das Mastdarmende wurde herabgezogen und an den After festgenäht, die Schnittwunde in der Scheide und im Damme wurde vereinigt und Prima intentio erzielt. Der Erfolg war sehr zufriedenstellend, die Kranke besaß willkürliche Kontrolle des Stuhlganges.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

13) **W. C. Swayne** (Bristol). 2 Fälle von »abdominaler Hysterektomie« mit retroperitonealer Stielversorgung.

(Bristol med.-chir. journ. 1900. Juni.)

S. theilt in der Bristol med.-chir. Society 2 von ihm operirte Fälle mit, von denen der eine bei glatter Heilung günstig verlief, der andere durch einige Besonderheiten Interesse verdient. Der Tumor war klein, die Indikation durch Schmerzen und Reduktion des Allgemeinbefindens gegeben. Operirt wurde in der üblichen Weise, aber mit einiger Mühe, die Blutung aus jedem Stiche und Schnitte zu stillen. 36 Stunden p. op. Symptome innerer Blutung, Wiederöffnung des Abdomens, das Becken voll Blut; alle Gefäßunterbindungen sitzen sicher, Uterin- und Ovarialstümpfe trocken, aber starke Flächenblutung aus der uterinen Fläche der Peritoneallappen. Um jede Sutur zeigte sich eine große Ekchymose. S. fand keinen anderen Ausweg als Tamponade des Beckens mit Jodoformgaze, die am

3. Tage danach entfernt wurde. Kurz darauf traten Symptome von Darmverschluss auf, der Allgemeinzustand der Frau erlaubte keinen neuen Eingriff, und sie ging zu Grunde. Die Autopsie ergab: keine Peritonitis, wenig plastisches Exsudat, 2 Darmschlingen im Becken adhärent und abgeknickt. Es hatte sich, wie auch Äußerungen der Frau vor der Wiedereröffnung des Leibes entnehmen ließen, wohl um eine Bluterin gehandelt. **Zeiss** (Erfurt).

14) O. **Piering** (Prag). Fibrom des Ovariums.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Die Seltenheit des Vorkommens desmoider Geschwülste des Ovariums, die Möglichkeit der genauen Beobachtung des Falles von dem muthmaßlichen Auftreten des Neoplasmas an und die Eigenthümlichkeit, dass der über 2faustgroße, außerordentlich leicht bewegliche Tumor gerade in Folge seiner ausgedehnten Dislokationsfähigkeit hochgradige Beschwerden verursachte, verlanlasste P., eine hierher gehörige Beobachtung aus seiner Privatpraxis zu veröffentlichen. Die an der 35jährigen Frau vorgenommene Exstirpation des rechten Ovariums erwies dasselbe in seinem lateralen Antheile vollständig in faserig-fibrilläres Bindegewebe in Form eines, wie bereits erwähnt, f2austgroßen Tumors umgewandelt; proximal ließ sich noch ein Rest von Ovarialgewebe mit einem erbsengroßen Corpus luteum nachweisen. **Knapp** (Prag).

15) J. M. **Munro Kerr** (Glasgow). Rechtsseitiges Ovariendermoid mit festem Tumor in der Wand.

(Glasgow med. journ. 1900. Juni).

Die 34jährige Pat. klagt seit 2 Jahren über Wachsen des Leibes, seit 4 Monaten über Druck nach unten und seit 2 Wochen über konstanten Blutabgang. Diagnose: Fibromyom der vorderen Uteruswand; Laparotomie: Dermoidcyste, auf deren Obertheile ein taubeneigroßer fester Tumor der Wand einliegt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Bilder, die das allererste Stadium carcinomatöser Degeneration wahrscheinlich machen. **Zeiss** (Erfurt).

16) A. R. **Simpson** (Edinburg). Mittheilung über Levurine.

(Scottish med. and surg. journ. 1900. April.)

S. berichtet über 3 Puerperalfälle, bei denen er so günstigen Erfolg von Levurine sah, dass er glaubt, weitere Verwendung derselben empfehlen zu dürfen. Die Mittheilung ist aber leider so kurz, die Krankheitsfälle sind so wenig präcisirt und, wie es scheint, auch andere therapeutische Maßnahmen nicht in der wünschenswerthen Weise ferngehalten, dass wenig mehr als eine allgemeine Anregung daraus zu machen ist. Die Levurine wurde bis 3mal täglich einen Theelöffel, in Bier, Selterwasser oder Kapsel gereicht. Die specifische Wirkungsweise ist nicht bekannt. Sie soll die Temperatur heruntersetzen und eiterwidrig wirken.

Zeiss (Erfurt).

17) **Dilworth.** Lungenprobe bei scheintodt geborenen Kindern.

(Brit. med. journ. 1900. December 1.)

Auf Requisition des Gerichtes wurde eine Kindesleiche 10 Tage nach der Beerdigung exhumirt. Die Sektion ergab, dass die Lungen den Brustkorb nicht anfüllten, vielmehr zusammengesunken waren und im Zustande völliger Atelektase. Die Schwimmprobe zeigte, dass nicht nur die ganze Lunge untersank, sondern auch alle Theile derselben. D. würde in Folge dessen dem Richter bezeugt haben, dass das Kind todt geboren wäre, wenn nicht ein Arzt und eine Wärterin das Kind lebend gesehen hätten und der Tod nach Aussage dieser Personen erst nach ungefähr 5 Stunden erfolgt wäre. **Rissmann** (Osnabrück).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. Sonnabend, den 11. Mai. 1901.

Inhalt:

Tagesordnung
für den
vom 29. bis 31. Mai in Giessen stattfindenden
IX. Kongress
der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Dienstag, den 28. Mai, Nachmittags 4 Uhr: Vorstands-Sitzung in der Wohnung des Direktors der Frauenklinik (Klinikstr. 28).

Abends von 8 Uhr an Begrüßung der Mitglieder im Saale des Gießener Gesellschaftsvereins, Sonnenstraße 19.

Mittwoch, den 29. Mai: ***Erster Sitzungstag.***

Vormittags 9—12½ Uhr: Eröffnung des Kongresses durch den Vorsitzenden in der großen Aula der Universität. Erledigung geschäft-

licher Fragen. Erörterung des I. allgemeinen Themas: **Carcinoma uteri.** *Berichte der Referenten W. A. Freund (bisher Straßburg) und Winter (Königsberg).*

12½—2 Uhr Frühstückspause. Empfehlenswerthe Lokale: Hôtel Großherzog von Hessen (hier während des Kongresses ständiges Auskunftsbureau), Hôtel Prinz Karl u. a.

Nachmittags 2—4 Uhr: Fortsetzung der Diskussion über den ersten Hauptgegenstand. Vorträge.

Abends: geselliges Zusammensein im »Philosophenwald«.

Donnerstag, den 30. Mai: **Zweiter Sitzungstag.**

Vormittags 7½—9 Uhr: Demonstrationen in der Universitäts-Frauenklinik, Klinikstraße 28.

Vormittags 9—12½ Uhr: Vorträge in der Aula. Zweites allgemeines Thema: **Eklampsie.** *Berichte der Referenten Fehling (bisher Halle) und Wyder (Zürich). — Vorträge.*

Bis 2 Uhr Frühstückspause wie oben.

Nachmittags 2—4 Uhr: Vorträge in der Aula.

Nachmittags 5 Uhr: Gemeinsames Mittagsessen der Mitglieder im Saale von Stein's Garten, Bergstraße 28. Karten hierfür werden im Auskunftsbureau verabfolgt. Von 8 Uhr an Concert im Garten.

Freitag, den 31. Mai: **Dritter Sitzungstag.**

Vormittags 7½—9½ Uhr: Demonstrationen in der Frauenklinik.

Vormittags 10—12 Uhr: Vorträge in der Aula.

12½—2 Uhr: Frühstückspause.

Nachmittags 2—4 Uhr: Vorträge und Demonstrationen in der Aula.

Nachmittags 5 Uhr: Gemeinsamer Ausflug nach Wetzlar.

Sonnabend, den 1. Juni, findet eine Nachmittagssitzung nicht mehr statt; eine Morgensitzung nur dann, wenn das vorliegende Material nicht erledigt worden ist.

Bisher sind folgende Vorträge und Demonstrationen angemeldet:

1. *G. Klein (München). Zur Geschichte der Geburtshilfe. a. Guillemeau's oder Mauriceau's Handgriff? b. Quellen und Kopien der Bilder des Eucharius Rösslin.*
2. *R. Kossmann (Berlin). Die Identität des Syncytiums mit dem Uterusepithel.*
3. *C. Gebhard (Berlin). Über vaginale Ventrofixation des Uterus.*
4. *v. Rosthorn (Graz). Über den Uterusinfarkt. (Pathologisch-anatomischer Befund und zur klinischen Diagnose desselben.)*
5. *Derselbe. Über Genitaltuberkulose (mit Demonstration).*
6. *Derselbe. Demonstration der Spalträume im Beckenbindegewebe.*
7. *Döderlein (Tübingen). Demonstration zur vaginalen Uterusexstirpation.*
8. *Winternitz (Tübingen). Die diagnostische und therapeutische Nutzanwendung der bakteriologischen Untersuchung der Uterushöhle bei Fieber im Wochenbett.*
9. *Derselbe. Demonstrationen.*
10. *Buecheler (Frankfurt a/M.). Eine eigenthümliche Erkrankungsform der weiblichen Beckenorgane.*
11. *Sarwey (Tübingen). Weitere Experimentaluntersuchungen über Händedesinfektion.*

12. *Theilhaber (München). Fibrosis uteri.*
13. *Krönig und Füth (Leipzig). Untersuchungen zur Ätiologie der Eklampsie.*
14. *Krönig. Die Wahl des Antisepticums in der Wundbehandlung.*
15. *Ahlfeld (Marburg). Demonstration unzweideutiger Resultate über Händedesinfektion mit der Heißwasser-Seifen-Alkoholmethode.*
16. *Derselbe. Demonstration fötaler Athembewegungen an der Schwangeren.*
17. *Derselbe. Beiträge zur äußeren Untersuchung Schwangerer (mit Demonstrationen).*
    a. *Die äußere Palpation.*
    b. *Die Verwendung der Durchsichtigkeit der Bauchdecken.*
18. *Derselbe. Wie behandelt man den Nabelschnurbruch in der allgemeinen Praxis? (Mit Demonstration.)*
19. *Derselbe. Durchtritt des reifen Kindes durch die Placenta (Demonstration).*
20. *Schäffer (Heidelberg). Die Art der Nah- und Fernwirkung der Atmokausis.*
21. *Franz (Halle). Demonstrationen.*
22. *Gottschalk (Berlin). Zur Histogenese der Gallertkystome des Eierstockes.*
23. *Küstner (Breslau). Über abdominale Operationen bei Uteruskrebs.*
24. *Derselbe. Über Methodik der gynäkologischen Laparotomie.*
25. *Schuchardt (Stettin). Die paravaginale Methode der Exstirpatio uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs.*
26. *Leopold Meyer (Kopenhagen). Über eine häufig wiederkehrende Form von Neuritis cruralis im Wochenbett.*
27. *Leopold (Dresden). Weitere Untersuchungen zur Entstehung der bösartigen Neubildungen.*
28. *Herzfeld (Wien). Zur Dekapitationsfrage.*
29. *Everke (Bochum). Demonstration von Präparaten.*
30. *Mackenrodt (Berlin). Die Radikaloperation des Gebärmutter-Scheidenkrebses mit Ausräumung des Beckens.*
31. *Albert (Dresden). Über den Keimgehalt des graviden Uterus.*
32. *Schumacher (Straßburger Klinik, als Gast). Experimenteller Beitrag zur Eklampsiefrage.*
33. *Sellheim (Freiburg i/Br.). Über Entwicklungsstörungen.*
34. *Derselbe. Demonstrationen.*
35. *Amannn (München). Bemerkungen zur Carcinomtherapie.*
36. *Derselbe. Demonstrationen.*
37. *Kretschmar (Wiesbaden). Eine seltene kleincystische bösartige Geschwulst. Folliculoma malignum ovarii Gottschalk's. (Demonstration.)*
38. *Kehrer (Heidelberg). Über tubare Sterilisation.*
39. *Derselbe. Demonstration eines Explorationsphantoms.*
40. *Rissmann (Osnabrück). Zur Ätiologie der Tubargravidität.*
41. *Noll (Hanau). Exstirpation eines großen Teratoms der Steißbeingegend. (Demonstration.)*
42. *G. Klein (München). Demonstration.*
43. *Latzko (Wien). Über Dekapitation.*
44. *Schatz (Rostock). Demonstration zur Tubargravidität.*
45. *Nagel (Berlin). Demonstration von Präparaten.*
46. *L. Blumreich und Leo Zuntz (als Gäste). Experimentelle Beiträge zur Pathogenese der Eklampsie.*
47. *Ziegenspeck (München). Über die Bedeutung der Douglas'schen Falten für die Lage des Uterus.*
48. *H. W. Freund (Straßburg). Über wahre und vorgetäuschte Extra-uterin-Schwangerschaft.*
49. *R. Olshausen (Berlin). Zur Statistik und Operation des Uteruskrebses.*
50. *Derselbe. Zur Enukleation der Myome.*
51. *v. Franqué (Würzburg). Über Metastasenbildung im Uterus bei malignen Erkrankungen der Tube.*
52. *Derselbe. Demonstrationen.*
53. *J. Veit (Leyden). Über Operationen ohne Chloroformnarkose.*

54. *Pfannenstiel (Breslau). Weitere Erfahrungen über den suprasymphysären Fascienschnitt.*
55. *Derselbe. Demonstration von Präparaten.*
56. *A. Sippel (Frankfurt a/M.). Kaiserschnitt wegen Eklampsie.*
57. *L. Fränkel (Breslau). Versuche über den Einfluss der Ovarien auf die Insertion des Eies.*
58. *H. Cramer (Bonn). Neue Indikationen zur Atmokausis.*
59. *Wertheim (Wien). Zur Diskussion über die Radikaloperation bei Carcinoma uteri.*
60. *Dienst (Breslauer Frauenklinik, als Gast). Anatomische Befunde, Blut- und Harnuntersuchungen eklamptischer Mütter und deren Früchte.*
61. *Koblanck (Berlin). Zur Berücksichtigung der Ursachen von Frauenkrankheiten.*
62. *Bulius (Freiburg i/Br.). Über Atresia vaginalis congenita.*
63. *Derselbe. Demonstrationen.*
64. *Queisner (Bromberg). Über Wöchnerinnenasyle und Wochenpflegerinnen.*
65. *Halban (Wien). Beitrag zur Lehre von der Menstruation.*
66. *Schröder (Bonn). Über Blutdruck- und Gefrierpunktsbestimmungen bei Eklampsie.*
67. *Derselbe. Über die Ursachen der Abduktionsbehinderung bei Osteomalakie.*

Weitere Anmeldungen nimmt entgegen und veröffentlicht in No. 20 dieses Centralblattes **Löhlein** *(Gießen).*

☛ *Herr Dr. Kretschmar (Wiesbaden) hat das Referat für das Centralblatt übernommen. Ich bitte ihm oder mir Autoreferate einzusenden oder zu übergeben.* *Fritsch.*

I.

(Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau [Geh.-Rath Prof. Dr. Küstner].)

Kritische Studien über die Pathogenese der Eklampsie auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde, Blut- und Harnuntersuchungen eklamptischer Mütter und deren Früchte.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. **Arthur Dienst,** Assistenzarzt der Klinik.

Eingehende anatomische, klinische und chemische Untersuchungen, die mich seit $1^1/_2$ Jahr in Anspruch nahmen, haben mich zu dem Resultate geführt, dass bei der Eklampsie in gleicher Weise Mutter wie Kind durch die Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen werden.

Denn ich konnte nicht nur die gleichen pathologisch-anatomischen Organveränderungen, wie sie bei der Eklampsie für die Mütter bekannt sind, auch bei den Kindern und Föten nachweisen, sondern ich fand auch das Blut und den Harn der beiden in gleicher Weise verändert. Im Blute sowohl bei Mutter wie Kind war stets der Gehalt an Fibrin erhöht, im Harn zeigte sich bei den Früchten eklamptischer Mütter wie bei den Müttern selbst Eiweiß, in den meisten Fällen außerdem Cylinder verschiedenster Art und Blut.

Das Wesentliche bei der Eklampsie erblicke ich in einer ungenügenden Elimination seitens der Ausscheidungsorgane (Nieren, Leber) des mütterlichen Organismus. Diese ist entweder durch eine ungenügende Leistungsfähigkeit der mütterlichen Nieren oder des mütterlichen Herzens bedingt oder durch beide Anomalien gleichzeitig.

Kommt eine ungenügende Elimination seitens des mütterlichen Organismus zu Stande, so werden dadurch die giftigen Stoffwechselprodukte des Kindes, die normalerweise ins mütterliche Blut gelangen und die Erhöhung des Fibrinprocentes in der Schwangerschaft physiologisch bedingen, aber normalerweise durch die mütterlichen Nieren in ganzer Menge zur Ausscheidung gelangen, nunmehr im mütterlichen Blute retinirt. Sie veranlassen eine Blutalteration, die sich in erster Linie durch Erhöhung des Fibrinprocentes des mütterlichen Blutes zu erkennen giebt. In Folge der Anwesenheit dieser pathologischerweise angesammelten fötalen Stoffe im mütterlichen Blute bei der Eklampsie kommt es zur Gerinnung, zur Bildung der mannigfachsten Thrombosen und in Folge der chemischen Alteration des Blutes zur sekundären Gewebsdegeneration. Dieser müssen in erster Reihe die Ausscheidungsorgane (mütterliche Niere und Leber) zum Opfer fallen, durch welche normalerweise die in Rede stehenden fötalen Giftstoffe unschädlich gemacht werden, pathologischerweise aber bei der in Frage kommenden Erkrankung sich anhäufen. Der Blutaustritt ins Gewebe ist ebenfalls eine Folge der durch die Blutalteration bedingten Gefäßschädigung. Beide Momente erklären in letzter Hinsicht die Albuminurie und Hämalbuminurie bei der Eklampsie.

Immer besteht eine Stauung bei der Eklampsie im mütterlichen Kreislaufe. Tritt diese plötzlich ein, so muss sie sich in der Niere Anfangs stärker etabliren als in der Leber, weil in der Leber zahlreiche Anastomosen der venösen Lebergefäße mit den Venen der Nachbarschaft bestehen, welche einer Stauung längere Zeit energischen Widerstand leisten können. In Folge dieser Stauung fließt in der Zeiteinheit weniger Blut durch die Nieren als durch die Leber; es fließen daher auch die pathologischerweise retinirten fötalen äußerst toxisch wirkenden Stoffe bei der Eklampsie im Anfange der Erkrankung in größerer Menge in der Zeiteinheit durch die Leber als durch die Nieren. Die mütterliche Leber erfährt daher in erster Reihe durch die fötalen Gifte eine chemische Gewebsläsion. Die nunmehr alterirte mütterliche Leber erzeugt ungenügend oxydirte Stoffwechselprodukte der regressiven Metamorphose des mütterlichen Eiweißes. und diese vom mütterlichen Organismus abstammenden Eiweißstoffe gelangen in den mütterlichen Kreislauf und gesellen sich den in pathologischer Menge retinirten fötalen Stoffen zu und erhöhen abermals den Gehalt an Eiweißgiften des mütterlichen Blutes.

Reicht dies Giftgemisch nicht nur zur Auslösung eklamptischer Krampfanfälle hin, sondern sogar zur Vergiftung des Organismus, so

findet sich bei der Autopsie die Niere noch ganz oder leidlich gut erhalten, und es kann der Urin frei von Eiweiß sein. Daraus resultirt die Eklampsie ohne Albuminurie und der Befund fast oder ganz gesunder Nieren bei der Autopsie. Natürlich kann die Albuminurie nur so lange fehlen, als die mütterliche Niere durch die der Eklampsie supponirten Giftstoffe noch nicht sekundär in Mitleidenschaft gezogen ist. Die Eklampsie ohne Albuminurie ist daher immer nur bei akutem Einsetzen der die Eklampsie verursachenden Schädlichkeit zu konstatiren, ist eben so hinsichtlich der Dauer ihres Bestehens zeitlich begrenzt. Alle eine ungenügende Elimination seitens des mütterlichen Organismus allmählich erzeugenden Schädlichkeiten führen zur Eklampsie mit Albuminurie; eben so wie bei längerem Bestehen einer Eklampsie ohne Albuminurie später Albuminurie hinzutreten muss, weil dann auch die Niere in der Zwischenzeit durch die giftigen Stoffwechselprodukte sekundär geschädigt ist und auf die Schädigung ihres Parenchyms durch Albuminurie antwortet.

Ist es aber erst einmal in Folge einer ungenügenden Nieren- oder Herzfunktion zur pathologischen Retention fötaler Stoffe im mütterlichen Organismus gekommen, so hängt der Grad und der Verlauf der mütterlichen Erkrankung nunmehr hauptsächlich von der sekundären Schädigung der Leber durch die der Eklampsie supponirten Giftstoffe ab und der Menge der in Folge der Leberläsion erzeugten vom mütterlichen Organismus abstammenden ungenügend oxydirten Eiweißstoffwechselprodukte. Letztere sind es auch, die die Wochenbettseklampsie und insonderheit die Spätwochenbettseklampsie erzeugen und ihre Entstehung erklären.

Die im Serum des mütterlichen Blutes bei der Eklampsie gelösten Giftstoffe gelangen, da alle löslichen Stoffe von der Mutter auf das Kind übergehen können, nunmehr im weiteren Verlaufe der Erkrankung durch den mütterlichen Blutstrom in die Placenta und von dort in den kindlichen Organismus und rufen in den Organen des Kindes dieselben Veränderungen hervor wie bei der Mutter. Natürlich kann nur bei einer gewissen Dauer der mütterlichen Erkrankung ein Übergang dieser Stoffe auf den kindlichen Organismus erfolgen.

II.

Ein Fall von Sectio caesarea nach Vaginaefixation.

Von

Dr. Hermann Pape,

Assistenzarzt der Universitäts-Frauenklinik in Gießen.

Mehr und mehr zeigen sich verhängnisvolle Früchte der im letzten Jahrzehnt von einzelnen Operateuren auch bei jüngeren Individuen so massenweise ausgeführten Vaginaefixation. Die Forderung eines Gynäkologen: »es muss heute von jedem Geburtshilfe

treibenden Arzte nicht nur vorausgesetzt, sondern verlangt werden, dass er die event. zu erwartenden Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus kennt«, gewinnt hierdurch ihre traurige Berechtigung. In einzelnen Fällen waren theils die Folgen der Vaginaefixation an sich, theils hinzugetretene Komplikationen derart, dass neben anderen eingreifenden Operationen die Geburt per vias naturales unmöglich und Sectio caesarea erforderlich war.

I. Der erste Fall wurde von Strassmann veröffentlicht[1]. Status post vaginaefixationem (Fixation des Fundus an die vordere Scheidenwand nach Köliomyomektomie): Es handelte sich um eine Schieflage mit Nabelschnurvorfall, Portio weit nach rechts und hinten oben verdrängt. Kopf in der vaginaefixirten Aussackung, durch den Muttermund Schulter zu fühlen. Kolpeuryse ohne Wirkung. Eklamptischer Anfall. Wegen drohender Uterusruptur Porro. Exitus nach $1^1/_2$ Stunden unter anämischen Erscheinungen. Bei der Sektion zeigte sich eine Scheidenzerreißung an der Fixationsstelle.

II. Fall[2]. Status post vaginaefixationem: Fundus handbreit über Nabel. Portio sehr hoch und nach rechts stehend. In der Ausbuchtung des vorderen Scheidengewölbes Kopf, durch den Muttermund Schulter zu fühlen. Nabelschnurvorfall, eklamptischer Anfall. Wegen drohender Uterusruptur Porro. Exitus $1^1/_2$ Stunde post oper., Verblutung durch einen in das hochgezogene breite Mutterband von der Scheide in die Bauchhöhle führenden Riss.

III. Fall[3]. Status post vaginaefixationem nach Mackenrodt ohne Eröffnung der Plica: Fundus handbreit über dem Nabel. Querlage, Portio kaum zu erreichen, Eklampsie. Sectio caesarea. Heilung.

IV. Fall[4]. Status post vaginaefixationem: Hebamme konnte keinen Muttermund finden und zog einen Arzt zu Rathe, der erst bei Untersuchung mit der ganzen Hand den Muttermund hoch oben am Promontorium und gegen dieses gerichtet fühlte. Fundus unmittelbar oberhalb der Symphyse. Trotz heftiger Wehen kein Geburtsfortschritt. Wegen drohender Uterusruptur Sectio caesarea mit folgender supravaginaler Amputation. Heilung.

V. Fall[5]. Status post vaginaefixationem: Kopf auf der linken Beckenschaufel, linkes Ligamentum rotundum quer zwischen Nabel und Symphyse verlaufend. Muttermund (erst nach Eingehen mit der ganzen Hand zu erreichen) zwischen Linea innominata und Crista ilei ganz links seitlich stehend, hinter der Blase Gesicht und pulsirende Nabelschnur. Kind starb in Folge Nabelschnurvorfalles. Fruchtwasserfäulnis. Fieber. Sectio caesarea, Trennung der Verwachsungen des Uterus mit Vagina unter starkem Blutverluste, Ex-

---

[1] Strassmann, Archiv für Gynäkologie Bd. L Hft. 3.
[2] Velde, Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 36.
[3] Gräfe, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. II. p. 472.
[4] Urban, Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 32.
[5] Dönhof, Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 36.

stirpation des Uterus, Einnähung des Cervixstumpfes in die Bauchwunde. Heilung.

VI. Fall[6]. Status post vaginaefixationem mit Eröffnung der Plica: Portio so hoch gezogen, dass sie nach Eingehen mit der halben Hand nicht zu erreichen ist. I. Schieflage. Vorzeitiger Fruchtwasserabfluss. Fieber. Sectio caesarea. 3 Tage post operationem Exitus an Sepsis.

VII. Fall[7]. Status post vaginaefixationem: Erst nach Eingehen mit der ganzen Hand Portio oberhalb des Promontoriums zu erreichen. Vorzeitiger Fruchtwasserabfluss. Starke Blutung. Uterus dauernd kontrahirt. Sectio caesarea. Heilung.

VIII. Fall[8]. Status post vaginaefixationem mit Eröffnung des Peritoneums: Muttermund oberhalb des Promontoriums, hintere Lippe hochgezogen. Hintere Uteruswand stark gedehnt. Querlage. Sectio caesarea. Heilung.

Diesen Fällen reiht sich ein weiterer kürzlich in der Klinik von Herrn Geh.-Rath Löhlein vorgekommener an, den ich mit Erlaubnis meines hochverehrten Chefs mitzutheilen mir gestatte (Journ. 452 1900).

Es handelt sich um eine 32jährige verheirathete IVpara. In der Jugend bleichsüchtig. I. Partus 1890 mit Dammriss. Nach einem Jahre zunehmende Nervosität. Retroflexio uteri, Ringbehandlung. II. Partus 1892. Nach demselben Gallensteinkoliken. III. Partus 1895. Steigerung der nervösen Symptome, so dass mehrmals in Heilanstalten Besserung gesucht werden musste. 1896 Abort. Februar 1897 wegen zunehmender Retroflexionsbeschwerden Vaginaefixation, wobei, wie mir der Herr Kollege auf meine Anfrage bereitwilligst mittheilte, da der retroflektirte Uterus stark verdickt war, die Fixationsstelle etwas höher wie gewöhnlich (sonst $2^1/_2$ cm oberhalb des inneren Muttermundes) gewählt und das Peritoneum, dicht darunter die Blase und direkt unterhalb der letzteren die vordere Scheidenwand an den Uterus angenäht wurde. Eine Colporrhaphia anterior schloss sich an. Bald nach der Operation schon machte sich eine deutliche Besserung aller Beschwerden bemerkbar. Juni 1897 Abort. Asthma nervosum. Seit Ende März 1900 wieder gravida. Mitte December zur Abwartung der Geburt vom Hausarzte zur Klinik geschickt, zunächst in Hinsicht auf die bestehende Querlage.

Status. Blasse untersetzte Gravida, Fettpolster gut entwickelt. Leib stark in die Quere ausgedehnt. Fundus nahe dem Rippenbogen rechts, links etwas tiefer stehend. Mäßig kräftige Frucht in I. dorso-anteriorer Querlage. Fruchtwasser ziemlich reichlich. Scheide ausgefüllt durch eine weiche wulstartige Aussackung, die von der vorderen Wand ausgehend bis zur hinteren reicht. Über diese hinaus nach oben vordringend findet man die Portio in der Höhe des Promontoriums, nahe der hinteren Beckenwand, beide Lippen in gleicher Höhe. Rechts ein bis ins Parametrium reichender Cervixriss. Etwas links seitlich von der Mittellinie, ca. 2 Querfinger oberhalb des Promontoriums fühlt man hinter dem erwähnten Wulste die vordere Scheidenwand hochgezogen mit knötchenartigen Hervorragungen (Linie der antefixirenden Naht). Es wurde beschlossen, das normale Ende abzuwarten und zunächst das bestehende Asthma zu beseitigen. 8 Tage später, am 19., nachdem eine sehr erhebliche Besserung der asthmatischen Beschwerden erzielt war, wurde Ziehen im Leibe wahrgenommen, dem bei Betasten des Leibes Kontraktionen

---

[6] Dietrich, Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 32.
[7] Fuchs, Centralblatt für Gynäkologie 1899. No. 32.
[8] Kallmorgen, Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLI. Hft. 2.

entsprachen (alle 1/2 Stunden). Eben so am 20. In der Nacht vom 20. zum 21. etwas schmerzhafte Wehen alle 15 Minuten, am Vormittag des 21. alle 10 Minuten 1/4 Minute dauernd.

21. December 1 Uhr Nachmittags. Nach sorgfältigster Vorbereitung Einlegung eines Kolpeurynters zur Verbesserung der Wehen mit 480 ccm. Sofortige Verstärkung derselben, zunächst alle 7, später 5 Minuten 30 Sekunden dauernd.

9 Uhr Nachmittags. Ablassen des Wassers. Herausnahme des Kolpeurynters zur Untersuchung, wobei die hintere Lippe in die Höhe gezogen erschien, die vordere etwas wulstig verdickt, sonst keine Veränderung. Wehen unverändert.

22. December 10 Uhr Vormittags. Exploration in Narkose mit ganzer Hand; hinterer Saum des Muttermundes in Höhe des Promontoriums, Cervicalkanal weit ausgefüllt mit blutig-schleimigen Verklebungen. Innerer Muttermund etwas rechts, 2 Querfinger breit oberhalb des Promontoriums, für Fingerkuppe eben eingängig.

Um diese Zeit war die Hoffnung, nach Erweiterung des Kanales durch Metreuryse die Geburt auf gewöhnlichem Wege zu beenden, ziemlich zuversichtlich, da das Einleiten des Füßchens und die Extraktion keine unüberwindlichen Schwierigkeiten versprach und zwar um so mehr, als im vorliegenden Falle der Tiefstand des Fundus gegenüber dem Hochstande der Portio viel weniger ausgeprägt war als in den übrigen mitgetheilten Fällen.

10 Uhr 15 Minuten Vormittags. Nach desinficirenden Spülungen werden im Spiegel beide Muttermundslippen unter Leitung des Fingers mit Kugelzangen gefasst, alsdann der Metreurynter unter Führung des Fingers eingeschoben. Füllung mit 480 ccm. Zug von 2 Pfund. Wehen alle 4—5 Minuten, 1/2—1 Minute dauernd.

2 Uhr Nachmittags. Ablassen von 80 ccm. Wehen kräftiger und schmerzhafter.

8 Uhr 30 Minuten Nachmittags. Bei der Exploration Status unverändert, eine Wirkung des Metreurynters nicht wahrnehmbar, Muttermund trotz guter Wehen nicht im mindesten eröffnet. Ablassen des Wassers, Herausnahme des Metreurynters.

Der anfängliche Plan musste unter diesen geänderten Grundbedingungen fallen gelassen werden, die Entbindung per vias naturales war unmöglich. Es fragte sich nur, auf welchem Wege die künstliche Entbindung bewerkstelligt werden sollte. Der vaginale Kaiserschnitt, so wie der vordere Uterusscheidenschnitt schienen ungeeignet wegen des Unvermögens, die Portio genügend herabzuziehen, so wie eine event. Blutung zu beherrschen, hauptsächlich aber schien die Sicherheit für das Leben des Kindes, auf dessen Erhaltung die Eltern ein besonderes Gewicht legten, keine genügende. Es blieb somit nur der abdominale Eingriff. Wenn auch die in der Gießener Klinik wie anderweitig so häufig angewandte Metreuryse stets afebriles Wochenbett im Gefolge hatte, musste doch mit einer wenn auch geringen Verschlechterung der Prognose des konservativen Kaiserschnittes von dieser Seite gerechnet werden, zumal am Abend des 22. eine einmalige Temperatursteigerung auf 37,8 stattfand, ferner war eine Lochiometra sehr leicht möglich, hauptsächlich aber ließ die Wahrscheinlichkeit der Wiederholung des gleichen Status in einer späteren Gravidität, schließlich auch der dringende Wunsch des Mannes, die Konceptionsmöglichkeit zu nehmen, von dem typischen Kaiserschnitte absehen, zumal eine gleichzeitige Kastration wegen der zu erwartenden Ausfallserscheinungen bei der äußerst nervösen Person unangebracht schien. Daher wurde die Sectio caesarea nach Porro beschlossen und nach einem Ruhetage am 24. Morgens von Herrn Geh.-Rath Löhlein ausgeführt. Wegen Gefahr einer Scheidenruptur cfr. Strassmann wurde der Uterus in situ entleert, wobei die Bauchdecken aus einander gezogen und an den Uterus gedrückt wurden, nachdem der Zwischenraum fest mit steriler Gaze ausgefüllt war. Der Uterus erschien nicht auffallend anteflektirt. Die Entwicklung des Kindes (männlich 3300 g) gelang leicht. Nach Abtragung des Uteruskörpers war der Stumpf sehr breit, besonders nach links ging er fast bis zur Beckenwand. Die Placenta saß an der hinteren Wand und zwar in der linken Hälfte. Die Operation verlief glatt, ohne besonderen Blutverlust.

Im Wochenbette stieg die Temperatur am 2. Tage Abends auf 38,7, fiel dann wieder auf 37,3, stieg am 4. auf 39,1, sank dann wieder zur Norm und stieg am 6. auf 39,4, Puls wechselnd. Stuhl und Flatus gingen spontan öfters ab. Am 5. und 7. Tage fötides Erbrechen, jedes Mal durch Magenspülung sofort beseitigt. Es bestand keine Druckempfindlichkeit, keine besondere Auftreibung des Leibes. Am 7. Tage Abends fadenförmiger Puls — Exitus. Eine erneute Laparotomie war wohl erwogen, wurde aber wegen des Wechsels und der Unbestimmtheit der Symptome nicht ausgeführt.

Bei der Sektion fand sich das Peritoneum glatt, spiegelnd, Meteorismus der Dünndarmschlingen, die unterste Ileumschlinge 3 Querfinger über dem rechten horizontalen Schambeinaste mit der vorderen Bauchwand verklebt, und zwar bestand eine winkelige Abknickung des Darmes, zuführender Schenkel aufgetrieben, abführender stark kollabirt. Am Spirituspräparat findet sich ein rechtsseitiger bis in den inneren Muttermund reichender alter Cervixriss, links oben im vorderen Scheidengewölbe eine knötchenförmige Narbe, hintere Lippe 9 mm dick, 16 mm in die Scheide ragend, vordere 20 mm dick, 22 mm in die Scheide ragend, Länge der Cervixhöhle 22 mm. An der Blase, die nach links verbreitert erscheint, bemerkt man im linken hinteren Winkel eine trichterförmige narbige Einziehung gegenüber der oben erwähnten Scheidennarbe. Die Dicke der Muskulatur der hinteren Uteruswand beträgt 3 cm, die der vorderen 2,2 und zwar gleichmäßig in der rechten und linken Hälfte. Entfernung vom inneren Muttermunde bis zu der der Narbe im Scheidengewölbe entsprechenden eingezogenen Stelle im Uteruscavum 6 cm, in der ganzen Entfernung ist die Scheide fest, derb mit der Uteruswand verwachsen. Senkrechte Entfernung von der Medianlinie bis zu dem der Tubeninsertion gegenüberliegenden Punkte im Uteruscavum nach links 7, nach rechts $4^{1}/_{2}$ cm. Linke Tubeninsertion nach unten gezogen, dem Becken genähert.

Entfernung der

linken Tubeninsertion bis zum oberen Ende des Operationsschnittes	11	cm
rechten » » » » » » »	$6^{1}/_{2}$	»
linken Tubeninsertion bis zum unteren Ende des Schnittes	10	»
rechten » » » » » » »	11	»
linken Tubeninsertion senkrechte Entfernung bis Schnitt	$6^{1}/_{2}$	»
rechten » » » » »	$2^{1}/_{2}$	»

Wenn nun ja auch der tödliche Ausgang in diesem Falle nicht durch die Vaginaefixation direkt bedingt wurde, so muss man sie doch als indirekte Veranlassung beschuldigen, in so fern als die durch die Antefixirung gesetzten abnormen Verhältnisse zur Laparotomie zwangen, die selbst dann eine Komplikation im Gefolge hatte, welche zum Tode führte.

III.

Über die Anwendung des Dialysatum secalis cornuti Golaz.

Von

Dr. E. Niebergall,

Frauenarzt in Basel.

Im Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1897 und 1898 veröffentlicht Jaquet 2 Arbeiten über die pharmakodynamische Wirkung einiger Pflanzendialysate und bespricht darin u. A. auch das Dialysatum secalis cornuti Golaz, mit welchem er und später auch Bührer Versuche an jungen Hähnen angestellt hat, Versuche, welche

bewiesen, dass die Wirkung des betreffenden Dialysates beim Thierexperimente zum mindesten derjenigen des Extr. secalis cornuti solutum (ad usum subcutan.) gleichkommt, obschon ein Theil des letzteren Präparates 2 Theilen der Drogue entspricht; eine größere Giftwirkung des Dialysates als des Extraktes konnte ebenfalls nicht konstatirt werden.

Über die Bedeutung des Dialysates secalis cornuti als wehenerregendes Mittel konnte Jaquet nur einmal einen Versuch bei einer trächtigen Katze anstellen; nach subkutaner Injektion von 10 ccm am ersten, und nach intravenöser Injektion von 15 ccm am zweiten Tage stirbt das Thier nach 5 Stunden, nachdem sich eine starke Wirkung der Bauchpresse bemerkbar gemacht hatte, ohne dass es jedoch zu einer Geburt der Föten gekommen wäre. Bei der Sektion findet sich der Uterus ad maximum kontrahirt, steinhart, lässt in das Lumen nicht einmal die kleinste Sonde eindringen; es scheint somit nicht ausgeschlossen, dass der Uteruskrampf ein unüberwindliches Hindernis für die Austreibung der Früchte gewesen ist.

Da sich nun weder aus den chemisch-analytischen Untersuchungen noch aus dem Thierexperimente Anhaltspunkte ergeben hatten, welche gegen eine therapeutische Verwendung des neuen Mutterkornpräparates Veranlassung gegeben hätten, da im Gegentheile die Vortheile der Dialysate, welche in einer Verarbeitung der frischen Pflanze, in Vermeidung aller stark wirkenden Reagentien bei der Extraktion der wirksamen Bestandtheile und in einer genauen Dosirung der Produkte bestehen sollen, sich als thatsächlich erwiesen, zögerte ich nicht, mit dem Präparate praktische Versuche in geburtshilflichen und gynäkologischen Fällen anzustellen[1].

Über die Wirksamkeit eines Mutterkornpräparates sich ein Urtheil zu bilden, dazu dienen uns in erster Linie die Fälle von mangelhafter Kontraktion des Uterus während der Geburt. Während jedoch über die Wirksamkeit des Ergotins, zugleich aber auch über seine Unschädlichkeit in der Nachgeburtsperiode Einigkeit herrscht, sind die Akten über die Ungefährlichkeit der Anwendung während der Austreibungszeit noch nicht völlig geschlossen, doch neigt man in neuerer Zeit wieder mehr dazu, das Secale cornutum auch in der zweiten Geburtszeit wenigstens dann anzuwenden, wenn die Eröffnung der weichen Geburtswege eine rasche, event. künstliche Beendigung der Geburt erlaubt. Ich bin fest davon überzeugt, dass das Mittel bei gewissenhafter Individualisirung auch in der Austreibungszeit nicht nur keine Nachtheile und Gefahren bringt, son-

[1] Das neue Präparat stellt ein hellrothbraunes, durchsichtiges, dünnflüssiges Medikament dar von angenehmem Geruch und Geschmack; es lässt sich sehr leicht injiciren, ohne Schmerzen zu verursachen, und wird auch innerlich von den Pat. gern genommen. Was die Dosis betrifft, so gab ich bei Geburten stets 2 Pravazspritzen voll pur, ohne Wasserzusatz, bei internem Gebrauche täglich 5×20 Tropfen, ohne je trotz dieser ziemlich hohen Dosen unangenehme Nebenwirkungen gesehen zu haben.

*

dern im Gegentheile sehr günstig wirkt und dass man damit öfters einen operativen Eingriff sparen kann. Es sei mir gestattet, in erster Linie die Fälle solcher Art der Anwendung folgen zu lassen, um erst in zweiter diejenigen anzuführen, wo das Mittel bei Atonie in der Nachgeburtszeit zur Anwendung kam.

Es sind 6 Geburten, bei denen das Dialys. sec. cornut. bei handtellergroßem oder vollständig erweitertem Muttermunde und Wehenschwäche auf seine Wirkung erprobt wurde. Wohl der typischste ist der folgende: Zu einer 26jährigen IIpara wegen langer Dauer der Geburt gerufen (erste Geburt normal verlaufen), fand ich einen sehr stark ausgedehnten Leib und konstatirte bei der äußeren Untersuchung Zwillinge in I. Schädel- und II. Steißlage. Muttermund handtellergroß, Blase gesprungen, vorliegender Kopf noch hoch stehend. Wehen schwach und selten. Auf 20 Tropfen Dialys. sec. corn. innerlich nach ca. $^1/_2$ Stunde Eintritt besserer Wehen, auf nochmals 20 Tropfen Wehen bald kräftig, regelmäßig alle 4—5 Minuten, wobei die Frau bald anfing, zu pressen; $1^1/_2$ Stunde nach der ersten Dosis des Dialysates Geburt des ersten Zwillings in Schädellage, nach weiteren $^3/_4$ Stunden Entwicklung des zweiten nach Geburt des Steißes; Uterus anfänglich sehr groß und weich, kontrahirt sich auf 1 Spritze Ergotin sehr rasch und kräftig, wird bald kantig, die Placenta wird nach 20 Minuten auf Pressen von Seiten der Frau geboren. Blutung in der Nachgeburtszeit minim.

Die übrigen 5 hierher gehörigen Fälle betrafen 3mal solche von Schädellage, wo bei bestehender Wehenschwäche 2×20 Tropfen Dialys. sec. corn. gegeben wurden; 2mal erfolgte die Geburt spontan, 1mal war wegen Erschöpfung der Mutter eine Ausgangszange nothwendig. In den 2 letzten Fällen handelte es sich um Steißlage und um eine künstliche Frühgeburt, eingeleitet durch den Barnes-Fehling'schen Kolpeurynter, nach dessen Ausstoßung aber Wehenlosigkeit eingetreten war. 2×20 Tropfen des Dialysates erregten von Neuem kräftige Uteruskontraktionen, so dass die Geburt eines lebensfrischen Kindes nach 4 Stunden erfolgte.

Abgesehen davon, dass die Anwendung des Mittels in der Austreibungszeit (wie schon oben erwähnt, nur bei genügend erweitertem Muttermunde verordnet) für die Mutter nie den geringsten Nachtheil brachte, möchte ich noch besonders betonen, dass auch die Kinder in keinem einzigen Falle Zeichen tieferer Asphyxie boten.

In der dritten Geburtszeit kam das Mittel wegen atonischer Blutungen 13mal zur Verwendung. In allen Fällen wurden sofort 2 Spritzen in die Nates injicirt und außer leichter Uterusmassage keine anderen therapeutischen Maßregeln getroffen. 7mal kamen diese Atonien nach der Geburt sehr großer Kinder zu Stande, von denen 3 mit dem Forceps wegen Erschöpfung der Mutter entwickelt worden waren. Einmal handelte es sich wiederum um eine Zwillingsgeburt, je einmal um Wendung bei Querlage, Wendung bei Gesichtslage mit Kinn nach hinten, um Sturzgeburt, Schlaffheit der Uterus-

muskulatur bei einer XIpara, und der prägnanteste Fall ist wohl derjenige, wo nach der Entwicklung des Kindes mittels Forceps bei Hydramnios (ca. 4 Liter) der anfänglich sehr große und schlaffe Uterus auf 2 Spritzen des Dialysates sich sofort kontrahirte und so eine Blutung vermieden werden konnte.

Der Wochenbettsverlauf nach allen diesen Geburten war ein vollständig normaler, die Temperaturen überstiegen 37,9 nie, die Lochien waren sehr mäßig und nie übelriechend, und die Frauen konnten das Bett sämmtlich am 10. Tagen verlassen.

Es fiel mir bei diesen Fällen und schon während meiner Assistentenzeit öfters auf, dass bei den Geburten, bei denen Ergotininjektionen zur Verwendung kamen, trotzdem es sich dabei öfters um operative Eingriffe handelte, Wochenbettsstörungen relativ seltener auftraten, als man erwartete; es wäre a priori anzunehmen, dass durch die rasche Kontraktion des Uterus den pathogenen Keimen der Eintritt in die Gewebe und Gefäße erschwert würde und so manche Infektion vermieden oder wenigstens abgeschwächt werden könnte. Genauere Beobachtungen in dieser Beziehung wären jedenfalls nicht unangebracht.

Von Aborten, bei denen nur das Dialys. secal. cornuti ohne andere therapeutische Maßnahmen zur Anwendung kam, verfüge ich über 8 Fälle. Allerdings behandelte ich so nur Fehlgeburten im 1., 2. und Anfange des 3. Monates und auch diese nur dann, wenn die Ausstoßung des ganzen Eies spontan erfolgt war; das Dialysat wurde hier ca. 8 Tage lang in Dosen von täglich 5×20 Tropfen verordnet, daneben kamen kühle Ausspülungen mit Acet. pyrolignos. crud. zur Verwendung. Die so behandelten Fälle können bis auf einen als günstig verlaufen bezeichnet werden, da die Frauen am 5. und 6. Tage das Bett verlassen konnten, ohne dass es, wie so häufig, beim Bewegen und Arbeiten zu erneuter Blutung gekommen wäre. In einem Falle dauerte die Blutung allerdings über 2 Wochen, um in der dritten schließlich rasch abzunehmen.

Bei Aborten von über $2^1/_2$ Monaten verordnete ich das Mittel ebenfalls und nahm hier immer zuerst die Ausschabung vor, so dass unter solchen Umständen von einer reinen Wirkung des Dialysates keine Rede sein kann, wesshalb ich diese Fälle lieber nicht anführe.

Wirksam schien das Präparat auch in einem Falle, wo nach Retention der Eihäute, welche am 4. Tage spontan ausgestoßen worden waren, der Uterus sich sehr schlecht involvirte, die Lochien stark sanguinolent waren und mehrmals größere Coagula abgingen. Nach 5tägiger Einnahme von 5×20 Tropfen Dialys. sec. corn. wurde der Wochenfluss bedeutend heller und spärlicher, der Uterus zeigte bald die normale Involution.

Von den geburtshilflichen zu den gynäkologischen Fällen, welche mit dem Präparate behandelt wurden, führt uns ein solcher von Endometritis post abortum, welche sehr abundante und anteponirende Menses verursachte, so dass zwischen den einzelnen Menorrhagien

nur ein Intervall von 8—10 Tagen lag. Da eine Auskratzung verweigert wurde, war die Pat. von anderer Seite mit Extr. Hydrastis canadens. ohne nennenswerthen Erfolg behandelt worden. Auf die 3wöchentliche Verabreichung von 5×20 Tropfen Dyalys. sec. corn. traten die Menses erst in der 3. Woche wieder auf, dauerten nur 6 Tage mit bedeutend geringerem Blutverluste. Auf weitere 3wöchentliche Medikation kam die Periode erst wieder am 26. Tage, 5tägig, um von da wieder regelmäßig alle $3^1/_2$ Wochen einzusetzen mit 4 bis 5tägiger Dauer.

Gehen wir nun zu den gynäkologischen Erkrankungen über, so lag es natürlich nahe, namentlich die Fälle von Endometritis, welche als Hauptsymptome Blutungen, Menorrhagien und Metrorrhagien verursachten, mit dem neuen Mittel zu bekämpfen. Ausgeschlossen mussten selbstverständlich solche Arten von verstärkten Menses in Folge von Endometritis werden, wo letztere als Folge von Lageveränderungen, Adnexerkrankungen, zum Theil auch Neubildungen, als sekundäre aufzufassen waren, da hier eine Besserung dieser Erscheinungen nur von einer Behandlung des Grundleidens gehofft werden kann. Auch Döderlein (Veit's Handbuch der Gynäkologie Bd. II p. 366) empfiehlt in solchen Fällen, bei negativem Genitalbefunde eines der intern wirkenden Hämostatica zu versuchen, und führt mehrere ältere und neuere derselben an. Ich habe nun gerade verschiedene der letzteren, so das Stypticin und Salipyrin längere Zeit verordnet, meist ohne nennenswerthen Erfolg. Es lag daher nahe, auch das Dialys. secal. cornut. zu versuchen, und verfüge ich über eine Reihe von 14 Fällen von Endometritis, die nur intern mit demselben behandelt wurden.

Die ersten 2 waren nicht sehr ermuthigend, da trotz 4wöchentlichen Gebrauches des Mittels keinerlei Besserung eintrat; der Grund lag aber jedenfalls nur darin, dass ich zu vorsichtig in der Dosirung gewesen war und nur täglich 2×20 Tropfen verordnet hatte. In den folgenden 12 Fällen gab ich eine größere Quantität und zwar täglich 5×20 Tropfen, in Wasser zu nehmen, und sah auf diese Weise in sämmtlichen Fällen, auch in einem, den ich vergeblich mit Stypticintabletten behandelt hatte, nach 4 Wochen Nachlass der Blutungen. Später verordnete ich das Mittel 8—10 Tage vor dem Wiedereintritte der Menses in gleicher Quantität wie oben bis zum Eintritte der Menorrhagie und erzielte so nach 3—4maliger Darreichung einen dauernden Erfolg in sämmtlichen Fällen, von denen ich einzelne nun seit ca. einem Jahre in Behandlung habe.

Als ein untrügliches Zeichen der Besserung der Endometritis möchte ich nur anführen, dass die Erosionen in 8 Fällen ohne weitere Behandlung eine Besserung zeigten und nur in 4 Fällen Spülungen mit Holzessig und Ätzungen nöthig waren.

Einen günstigen Erfolg erzielte ich in 3 Fällen von Myom; selbstverständlich gelang es mir nicht, die Pat. von ihrem Übel radikal zu heilen, aber ein Hauptsymptom wenigstens ihres Leidens,

die starken menstruellen Blutungen, ließen bei dem internen Gebrauche von 5×20 Tropfen des Dialysates, durch 6 Wochen genommen, bedeutend nach; eben so konnte ein Größerwerden des Tumors in einem Falle, wo derselbe ein ziemlich rasches Wachsthum gezeigt hatte, verhindert werden. Die 2. Pat. hob nach der Kur rühmend hervor, dass die Kreuzschmerzen bei Beginn der Menses, welche sie vorher stark gequält hatten, beinahe gänzlich verschwunden seien, und dass sie jetzt während der ganzen Dauer der Menstruation ihren Geschäften nachgehen könne, was bisher des starken Blutverlustes wegen unmöglich gewesen war.

Ich bin mir vollständig bewusst, dass die Behandlung der Myome mit dem Dialysate absolut nur eine symptomatische Therapie darstellt und dass es vielleicht Zufall ist, dass der Erfolg in allen 3 Fällen ein so befriedigender war, aber bei messerscheuen und dem Klimax nahen Pat. sollte der Versuch doch immerhin gemacht werden, um so mehr, als die Kranken das Mittel gern nehmen und es nicht nöthig ist, dieselben durch tägliche Injektionen zu quälen.

Werfen wir einen kurzen Überblick über den Erfolg, den wir mit dem neuen Präparate erzielt haben, so kamen zur Behandlung mit demselben 28 geburtshilfliche und 18 gynäkologische Fälle, von denen die ersteren alle mit gutem Erfolge, von den letzteren immerhin 16 mit sehr befriedigendem Resultate behandelt wurden.

Als Vortheile des Mittels gegenüber dem Extract. secalis cornuti solutum möchte ich vor Allem anführen, dass es sich, weil dünner, wässriger, viel leichter injiciren lässt, dass es jedenfalls aus dem gleichen Grunde rascher resorbirt wird und daher schneller wirkt. Die gleiche Eigenschaft bewirkt, dass nach der Injektion kaum Schmerzen verspürt werden, und dass ein paar Stunden nach derselben an der Stelle des Einstiches keine Verdickung mehr zu fühlen ist.

Von einem Abscesse oder einer Infektion sah ich nie eine Spur, und es spielt in dieser Beziehung wohl der Alkohol als Desinficiens eine gewisse Rolle.

Innerlich genommen schmeckt das Dialysat viel weniger unangenehm als das Extrakt und sieht auch, weil durchsichtig und dünnflüssig, appetitlicher aus als letzteres, dessen syrupartige Konsistenz von vielen Pat. als unangenehm empfunden wird.

Nachtheile des Dialysates haben wir keine gesehen und sind uns namentlich Symptome von Ergotismus trotz wochenlangen Gebrauches nie zu Gesichte gekommen.

IV.

Eine neue Leibbinde.

Von

Dr. **Kurt Witthauer** in Halle a/S.

Aus einer Arbeit »Korsett und Leibbinde« im Maihefte der Therapeutischen Monatshefte möchte ich ein kurzes Referat geben, da ja eine gut sitzende Leibbinde von den Frauenärzten besonders geschätzt wird. Die bisher gebräuchlichen Binden hatten sämmtlich gewisse Nachtheile; entweder sie saßen nicht fest und verschoben sich nach oben oder unten, oder sie waren unbequem und zumal durch angebrachte Schenkelriemen lästig.



Fig. 1.



Als ich nun den Korsettersatz »Johanna«, der in der einen Abbildung zu sehen ist (Fig. 1), kennen lernte, kam mir der Gedanke, an diesem eine Leibbinde fertigen zu lassen, und ich glaube, dass mir der Versuch gelungen ist.

Obwohl es klar ist, dass alle die Frauen, welche eine Binde benöthigen, besser kein Korsett, sondern einen Korsettersatz tragen, ist es doch so eingerichtet, dass die Binde auch von Frauen gebraucht werden kann, welche ein Korsett nicht entbehren zu können glauben. Sie sitzt bei mageren und starken Personen bequem und fest und giebt vorzüglichen Halt im Kreuze wie am Leibe.

Die erste Figur zeigt die Binde am Korsettersatz befestigt. Sie hat ein den ganzen Leib bedeckendes Vordertheil, welches durch einen (herausnehmbaren) Celluloidstab in der Mitte gesteift wird; dieses reicht, 5 cm unter dem Taillenschlusse den Leib umschließend, bis 2-fingerbreit oberhalb der Symphyse hinab. Oben in der Mitte befindet sich ein Ansatz mit Knopfloch, welches zum Befestigen an den Korsettersatz oder einen inneren am Korsett angenähten Knopf dient. Der Celluloidstab kann herausgenommen und in heißem Wasser nach der Rundung des Leibes gebogen werden. Der Bruchtheil hat nun oben so wie unten je 4 keilförmige bis über die Mitte der Binde herabgehende Ausschnitte, die, mit einer Verschnürung versehen, es leicht ermöglichen, dass die Binde sich jeder Rundung des Leibes glatt anschmiegt. Dies ist der zweite in die Augen springende Vortheil.

Die Binde läuft nun, jederseits sich verschmälernd, über die Hüften nach hinten, ein Zipfel wird durch den anderen gesteckt und beide Zipfel durch Knopf-Verschluss in der Lendengegend auf einander befestigt. Dann laufen die Zipfel jederseits wieder nach vorn, erhalten zwei Bänder, und diese werden neben der Mittellinie am unteren Rande der Binde mit Schnallen befestigt; dadurch bekommt sowohl das Kreuz als auch der Leib einen guten Halt.

Fig. 2.

Damit nun die Binde nicht nach oben rutschen kann (was eigentlich nur bei mageren Personen möglich ist), sind vorn in der Verlängerung der Oberschenkel am unteren Rande Strumpfhalter angebracht, die unten sich theilen und zu beiden Seiten den Strumpf mit ihren Klemmen fassen.

Diese Strumpfhalter sind praktisch, ersetzen an der Binde die Schenkelriemen, halten sie nach unten, ohne sie etwa vom Leibe abzuziehen, und diese Befestigung ist das dritte Originelle an der Binde.

Die Vortheile sind also »festes Anliegen an jeder Leibesform, Unmöglichkeit einer Verschiebung nach oben und unten, guter Halt im Kreuze.

Die Verschnürungen werden natürlich nur beim ersten Anlegen nach der Leibesform gezogen und geknotet, später bleiben sie geknotet. Die Schleifen der Schnürbänder kann man noch über die Knöpfe des Korsettersatzes schieben, damit die Binde auch noch seitlich oben befestigt ist.

Wo die Binde indicirt ist, braucht hier nicht genauer angeführt zu werden; Enteroptose, Hängeleib, Schwangerschaft und die ersten Monate post partum, Wanderniere, Nabel- und Bauchhernien bilden die häufigste Veranlassung. Dann ist die prophylaktische Anwendung nach Bauchopera-

tionen zu empfehlen; wenn auch die sorgfältigere Naht der Bauchdecken entschieden in Bezug auf Bruchbildung bessere Resultate giebt, kommen doch Hernien immer noch vor, zumal wenn eine Eiterung die primäre Heilung verhindert hat. Sicherer ist jedenfalls, der frischen Narbe noch für 6 Monate eine Stütze zu geben, bis diese fest und widerstandsfähig geworden ist. Das gilt besonders für Frauen, die schwer arbeiten müssen.

Die Binde, welche meinen Namen trägt (auch der Korsettersatz »Johanna«), wird von dem Hoflieferanten von der Linde in Hannover gefertigt, der in allen größeren Städten Niederlagen hat, von denen die Binden nach Maß oder Anprobe geliefert werden. Sonst genügt als Maß die Länge 2fingerbreit über der Symphyse bis 5 cm unter dem Taillenschlusse und der größte Umfang des Leibes über das Kreuz gemessen. Der Sitz ist natürlich vom Arzte zu kontrolliren. Der Preis beträgt 12,50 ℳ.

Referate.

1) A. Brun (Wien). Die Nerven der Milchdrüsen während der Laktationsperiode.

(Sitzungsberichte der Kais. Akademie der Wissenschaften. Mathemat.- naturw. Klasse Bd. CIX. Abth. III.)

Verf. sucht die Frage der Beziehung zwischen Drüsennerven und Drüsenfunktion auf anatomischem Wege zu lösen, indem er untersucht, ob sich anatomische Veränderungen an den Nerven während der Laktationsperiode erkennen lassen. Die physiologischen Untersuchungen haben bis jetzt kein eindeutiges Resultat ergeben.

Verf. macht seine Studien an weißen Ratten, indem er die zur Drüse hinziehenden Nerven auf ihre Dicke, auf die Zahl ihrer Fasern und auf das Kaliber der letzteren hin untersucht. Er fand dabei, dass die stillenden Ratten in den Milchdrüsennerven eine vermehrte Zahl von Fasern haben, dass die Vermehrung schon während der Gravidität auftritt und dass endlich der Querschnitt der Fasern sich während der Laktation vergrößert und zwar annähernd in demselben Maße, wie die Fasern sich vermehren.

O. Burckhardt (Basel).

---

2) Lennander (Upsala). Über die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen.

(Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 8.)

Nach zahlreichen intra operationem vorgenommenen Versuchen ist L. überzeugt, dass Magen, Darmkanal und Mesenterium, so wie die Gallenblase, wahrscheinlich auch Leber und Nieren weder Schmerz-, noch Berührungs-, Wärme- oder Kältenerven besitzen, dass das Peritoneum parietale aber (Serosa und Subserosa) sehr reich an Schmerz-

nerven ist. Die Ursache des Darmkolikschmerzes ist seiner Ansicht nach eine hastig aufgetretene Dehnung der Nerven im Peritoneum parietale im Zusammenhange mit einer akuten Ausdehnung irgend eines Theiles des Darmkanales. Nur diejenigen Adhäsionen, bei denen eine Dehnung des Peritoneum parietale zu Stande kommt, verursachen Schmerzen. Bei akuten Peritonitiden hängt die Druckempfindlichkeit der vorderen Bauchwand in sehr hohem Grade davon ab, ob auch das vordere Peritoneum parietale entzündet ist.

L. glaubt, dass bei Laparotomien eine Kombination allgemeiner und lokaler Anästhesie eine Zukunft hat: 1 cg Morphium subkutan, zugleich Schleich'sche Infiltrationsanästhesie. Wird dabei die Subserosa nicht infiltrirt, so wird Chloroform oder Äther bis zum Aufhören der Reaktion gegeben und das Peritoneum parietale rasch durchtrennt. Nachdem etwaige Adhäsionen davon abgelöst sind, wird die Inhalation sofort ausgesetzt und erst wieder zum Herausnehmen der Kompressen, Zurücklegen der Eingeweide und zur Naht des Peritoneum parietale eingeleitet. Die Vermuthung von L., dass auf diese Weise auch Geschwülste der Ovarien, der Tuben und des Uterus schmerzlos zu exstirpiren sind, ist wohl nur für recht seltene Ausnahmefälle zutreffend, abgesehen davon, dass das Verfahren an sich für etwas komplicirtere Laparotomien wenig Nachahmer finden dürfte. **Stoeckel** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 8. März 1901.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstrationen.

1) Herr Kauffmann zeigt die Anhänge einer 28jährigen Frau, bei der er wegen wiederholter perityphlitischer Anfälle den Wurmfortsatz resecirte.

Die Tube zeigte nach der Operation ohne den uterinen Stumpf die ansehnliche Länge von 20 cm. Sie war dicht unterhalb des Fimbrienendes mit Coecum und Proc. vermif. verklebt und zog wie ein straffes Ligament zum Uterus herab. Anfang Februar hatte Pat. eine Perityphlitis mit deutlich nachweisbarem Exsudat überstanden; wahrscheinlich ist es damals zu einer Verwachsung der Tube mit der serösen Exsudatwand gekommen. Das Exsudat ist später schnell resorbirt worden, das Fimbrienende ist bei dem Schrumpfungsprocesse mit nach oben gezogen und so wurde die Tube zu dieser Länge ausgezerrt.

Herr Keller fragt, wie sich die Tube zum Proc. vermif. verhielt, speciell ob sie mit ihm verwachsen war.

Herr Kauffmann: Die Tube selbst war nicht mit dem Wurmfortsatze verwachsen, sondern der freie Rand des Lig. latum dicht unterhalb des abdominalen Tubenendes. Die Tube war offen.

2) Herr Kauffmann zeigt ferner 2 Tumoren der Lig. rotunda, die einer 30-jährigen Frau entstammen. Letztere litt seit längeren Jahren angeblich an doppelseitiger Leistenhernie. Links fand sich kein Bruchsack; ein Tumor im Lig. rot. hatte den Bruch vorgetäuscht. Das Ligament selbst war bis zum Uterus hin gut bleistiftdick. Der rechte Tumor war ca. hühnereigroß und machte zunächst den

Eindruck eines vergrößerten Ovariums. Daneben ein Bruchsack, in dem sich bei der Operation nur Netz fand. Nach Abtragung der Tumoren wurden die Stümpfe der Ligg. rotunda nach der Alexander-Adams'schen Methode fixirt und der sehr weite äußere Leistenring mit Knopfnähten geschlossen.

Herr Bröse fragt, ob die Tumoren cystisch oder solide waren?

Herr Kauffmann: Die Tumoren waren solide.

Herr Schaeffer hält den angekündigten Vortrag: Über einen Fall von Impfrecidiv in der Laparotomienarbe.

$4^1/_2$ Jahre nach Exstirpation eines doppelseitigen, gestielten Ovarialcarcinoms entfernte Vortr. ein faustgroßes Carcinomrecidiv, das sich in der Bauchnarbe entwickelt hatte. Bei der Operation erwies sich das gesammte Peritoneum intakt. Im Anschlusse an diesen Fall, den Vortr. nur als Impfrecidiv auffassen kann, erörtert er die von Freund, Veit und v. Herff gegen die Häufigkeit der Impfrecidive erhobenen Bedenken. Diese Einwände erweisen sich nach vielen Richtungen hin als berechtigt. Einer großen Zahl der als Impfrecidive beschriebenen Fälle wohne keine nennenswerthe Beweiskraft inne. Auch gegen die bestbeobachteten vaginalen Fälle lasse sich der Einwand erheben, dass die Vagina einer der Prädilektionsorte der carcinomatösen Lymphmetastasen sei.

Etwas anders liegen die Verhältnisse bei den Recidiven in der Laparotomienarbe nach Exstirpation des Eierstockskrebses. Erstens sind spontane Metastasen hier so gut wie nie beobachtet. Zweitens macht auch der Verlauf der ovariellen Lymphgefäße Metastasen außerhalb des Peritoneums zu einem höchst unwahrscheinlichen Ereignis.

Die ziemlich zahlreichen Fälle von Recidiven in der Bauchnarbe theilt Vortr. in 4 Gruppen:

1) Gutartiges Recidiv nach Exstirpation gutartiger Ovarialtumoren.

2) Carcinomrecidiv nach Exstirpation gutartiger Ovarialtumoren.

Beide Gruppen sind wohl als Verimpfung aufzufassen, sind aber nicht so ohne Weiteres für die Verimpfbarkeit des Carcinoms beweisend.

3) Carcinomrecidiv in der Bauchnarbe bei gleichzeitig bestehender carcinomatöser Peritonitis. Hier ist die Möglichkeit einer vom Peritoneum fortgeleiteten Lymphmetastase sehr nahe liegend.

4) Carcinomrecidiv in der Bauchnarbe nach Exstirpation carcinomatöser Ovarialtumoren bei intaktem Peritoneum. Außer dem eigenen Falle erwähnt der Vortr. noch 4 weitere (2 von Olshausen, 2 von Leopold). Auch diese seien nicht so durchsichtig und eindeutig, wie der von ihm beobachtete.

Die gegen die früheren Fälle gemachten Einwände verlieren bei diesem Falle wesentlich an Berechtigung.

(Die ausführliche Mittheilung wird in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erfolgen.)

Diskussion: Herr Opitz bemerkt, dass Herr Schaeffer den von O. demonstrirten Fall wohl in einer anderen Gruppe unterbringen müsste, da es sich um ein malignes Recidiv eines gutartigen Tumors handelte, das auch in inneren Organen Metastasen gesetzt hatte.

O. spricht sich für das Vorkommen von Impfrecidiven aus.

Besonders beweiskräftig seien die Impfrecidive gutartiger Tumoren in den Bauchdecken nach Operationen. Wenn schon gutartige Geschwülste wucherungsfähige Keime in Wunden ablegen könnten, müsste man dies noch viel mehr für bösartige Tumoren annehmen, die ja schon bei ihrem natürlichen Wachsthume Keime in entfernten Organen ablagerten, während diese Fähigkeit den gutartigen Geschwülsten abginge.

Herr Mackenrodt bezweifelt die Anerkennung selbst dieses klaren Falles Schaeffer's durch die Gegner der Impfmetastasen. Die Ausflüchte der Gegner sind wenig stichhaltig. Woher soll ein retrograder Lymphtransport kommen, wenn der Herd entfernt ist? Jede Metastase ist eigentlich eine Impfmetastase. So wie sich die Keime z. B. in der Leber ansiedeln können, so können sie auch in den

offenen Lymphgefäßen einer frischen Wunde Fuß fassen. Wie oft und warum? ist schwer zu sagen. Wir müssen also immer damit rechnen. Freund und Veit haben das Carcinom mit einer bacillären Krankheit identificirt. Der Krebsbacillus wird nie gefunden, weil es keinen giebt. Nur die genaue Analyse der Krebszelle wird uns Aufklärung bringen. Die Impfmetastasen zeigen sich besonders deutlich an den Scheidenrecidiven bei Corpuscarcinom. Ohne Anerkennung der Gefahr der Impfinfektion und ohne principiellen und ausreichenden Schutz dagegen werden die heutigen traurigen Resultate nicht besser werden. Was die Igniexstirpation in dieser Frage geleistet, wird auf dem Kongresse gesagt werden. Die abfälligen Urtheile von Thorn entsprechen nicht dem Ernste der Sache; namentlich so lange er nicht Besseres zu leisten vermag.

Herr Odebrecht: Es ist ja gewiss nur zu loben, wenn Herr Schaeffer an Fälle, die ein Impfrecidiv beweisen sollen, scharfe Kritik anlegt. Ich glaube aber, derselbe geht hierin zu weit. Die Zahl der Fälle — und auf die Zahl ist Gewicht zu legen —, die für Recidiv auf dem Wege der Impfung zu sprechen scheinen, mehren sich so sehr, die Einwände dagegen klingen so gesucht, dass man mehr als bisher mit dieser Art des Recidivs rechnen sollte. Ich habe nicht oft bei Uterusoperationen eine Scheiden-Dammincision machen müssen und trotzdem 2mal Carcinomentwicklung in der gemachten und per primam geheilten Dammwunde gesehen, wobei die hintere Scheidenwand bis zum Gewölbe frei war. Ferner sah ich ein Recidiv von Carcinom nach Entfernung eines Ovarialcarcinoms. Das Recidiv saß in der Laparotomienarbe, im zweiten Ovarium und im retro-uterinen Bindegewebe; in der Bauchwunde in Form von 2 ganz circumscripten Tumoren. Beide waren leicht zu entfernen, eben so der gestielte Ovarialtumor. Das ganze Peritoneum frei von Carcinom.

Ich sehe nicht ein, warum dieser Fall desswegen weniger beweiskräftig sein soll, weil das Recidiv in der Bauchwand nicht das einzige; es war doch ein circumscriptes.

Herr Schaeffer (Schlusswort) räumt Herrn Opitz gegenüber ein, dass dessen Fall besser zu Gruppe 2 der obigen Fälle zu rechnen sei. Dass die Verimpfbarkeit gutartiger Tumoren die des Carcinoms direkt beweise, kann er nicht zugeben. Herrn Mackenrodt gegenüber bemerkt er, dass auch er (S.) von den principiellen Gründen Freund's gegen die Verimpfbarkeit des Carcinoms nicht überzeugt sei. Was aber die Häufigkeit anlange, so protestire auch Winter dagegen. Die Winter'sche Statistik ergebe, dass sich aus den Operationsresultaten ein Schluss auf die Verimpfbarkeit des Carcinoms bis jetzt nicht ziehen lasse. Die Mackenrodt'sche Igniexstirpation sei — bei Annahme großer Häufigkeit der Impfrecidive — durchaus konsequent. Winter erkläre auch, die Mackenrodt'sche Methode annehmen zu wollen, wenn seine Resultate ihn überzeugen. Dass die Leichtigkeit der Carcinomverimpfung keine große sei, beweisen auch die negativen Impfversuche Thorn's am Menschen, 20 an der Zahl. In Bezug auf den Krebsbacillus schließt er sich den Ausführungen Mackenrodt's an. Die Häufigkeit spontaner Metastasen in der Vagina ist eine recht große, wofür er u. A. die Beobachtungen Semmelink's, Pfannenstiel's und Breisky's anführt. Die Beobachtung Mackenrodt's in Betreff des Recidivs nach Corpuscarcinom überzeugt Redner nicht.

Herrn Odebrecht gegenüber hält Vortr. aufrecht, dass das gleichzeitige Vorhandensein von Metastasen neben dem vermeintlichen Impfrecidiv die Beweiskraft des letzteren wesentlich abschwäche, die Metastase beweise direkt, dass nicht alles Carcinomatöse entfernt sei.

---

4) Aus den Verhandlungen der Société d'obstétrique de Paris.

Paris, **G. Carré & C. Naud**, 1901.

Sitzung vom 17. Januar 1901.

I. Boissard und Coudert: Dystokie, durch eine Echinococcusblase verursacht.

In dem interessanten Falle war die betreffende Frau seiner Zeit wegen eines Leberechinococcus operirt worden. 8 Jahre später findet sich bei einer Geburt ein Tumor als Geburtshindernis, das durch Punktion beseitigt wird. Wieder 1 Jahr später Abort im 7. Monate; im Douglas eine große Cyste, die incidirt wird, und aus der sich eitriger Echinococcusinhalt entleert. Also anscheinend Metastasenbildung von dem 1. Tumor her noch nach 8 Jahren.

II. Fournier schildert eine neue Methode der Entwicklung des Kindes beim Kaiserschnitte, der er den Namen »Enukleation der Frucht« gegeben und bei 5 Fällen erprobt hat. Sie besteht darin, dass nach Eröffnung des Uterus das Ei in toto losgeschält wird. Hierdurch soll das Eindringen von Fruchtwasser in die Bauchhöhle vermieden werden; außerdem mache das Verfahren einen »sehr eleganten Eindruck«.

In der Diskussion wird bemerkt, dass die Methode nicht immer einfach, meistens zwecklos und nicht selten gefährlich sei (Budin, Maygrier, Boissard).

III. Polloson und Fabre schildern einen Fall von angeborener Verlagerung der Zunge bei einem Neugeborenen, die durch Verschluss des Kehlkopfes den sofortigen Tod des Kindes zur Folge hatte. Die verlagerte Zunge hatte außerdem eine Spaltung des Gaumensegels und eine Atrophie des Unterkiefers verursacht. In der Litteratur nur vereinzelte ähnliche Fälle.

IV. Jeannin: Fall von »Selbstinfektion«.

Spontane Geburt. Lochienretention. Lungengangrän und Exitus am 15. Tage post partum. — Die mehrfach ausgeführte bakteriologische Untersuchung hatte als Ursache der Infektion nur anaërobe Bakterien nachgewiesen.

V. Bouchacourt konnte durch Röntgographie feststellen, dass 2 vollkommen gleich große Uteri Früchte aus ganz verschiedenen Monaten enthielten.

VI. Keim: Gefrierpunktsbestimmungen des Fruchtwassers.

K. konnte durch seine Untersuchungen bestätigen, dass der Gefrierpunkt des Fruchtwassers niedriger als der des mütterlichen und kindlichen Blutes ist; dass ferner der Gefrierpunkt des mütterlichen Blutes in der Schwangerschaft niedriger ist als sonst und am Ende derselben fast gleich demjenigen des Fruchtwassers ist.

Engelmann jun. (Bonn).

---

5) Aus den Verhandlungen der Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris.

Paris, **G. Steinheil**, 1901.

Sitzung vom 7. December 1900.

I. Potocki und Courelaire berichten über einen Fall von Alopecia bei einem Neugeborenen.

Es handelte sich um ein Kind, das wegen engen Beckens durch Symphyseotomie entwickelt worden war. An der Stelle des Schädels, die dem Drucke des Promontoriums ausgesetzt gewesen war, gingen die Haare vollständig aus und waren auch 2 Monate nach der Geburt noch nicht wieder gewachsen.

II. Varnier theilt einen von Chapot-Prévost (Rio de Janeiro) beobachteten Fall von Recidiv einer Extra-uterin-Gravidität mit.

Die beiden Graviditäten waren wie eine gewöhnliche Schwangerschaft verlaufen, ohne besondere Erscheinungen oder Beschwerden. — Im Anschlusse daran schildert V. 7 in Frankreich beobachtete, mit Sicherheit nachgewiesene entsprechende Fälle; ferner giebt er die ausführlichen Krankengeschichten je eines in England

und Amerika beobachteten Falles von zweimaligem Recidiv einer Tubargravidität wieder. Diese beiden letzten Fälle hält V. jedoch nicht für einwandsfrei, sondern glaubt, dass das Vorkommen einer dreimaligen Extra-uterin-Gravidität bis jetzt noch nicht bewiesen sei. Die Möglichkeit des Vorkommens eines solchen Falles müsse man jedoch zugeben, nachdem das zweimalige Auftreten einer Gravidität in derselben Tube einige Male mit Sicherheit festgestellt sei. (Ausführliche Wiedergabe dreier solcher Fälle.)

Was die operative Behandlung anlangt, so ist V. mit Bouilly, Legueu und Schwartz der Ansicht, dass die Entfernung der gesunden Adnexe der anderen Seite wegen eines event. auftretenden Recidivs nicht gerechtfertigt sei.

III. Doléris hat die Injektion von Cocain in den Duralsack mehrfach bei Geburten und Operationen ausgeführt. Bei 20 Versuchen ließ die Methode 2mal im Stiche. Die Geburt kann durch forcirte Dehnung der Vagina mittels Kolpeurynters bedeutend abgekürzt werden.

Außer kleinen Operationen konnte D. auch einen Kaiserschnitt auf diese Weise ausführen. In einem Falle von Pyosalpinx und in einem anderen von Alexander-Adams versagte das Verfahren ebenfalls. Gegen das unangenehme Erbrechen wurde mit gutem Erfolge Hyoscinum hydrobromicum (0,0024!) gegeben.

IV. Segond: Eine normale Gravidität täuschte in Folge von Laterofixation des Uterus und anderer Umstände Extra-uterin-Gravidität vor. Bei der Laparotomie werden zahlreiche Verwachsungen gelöst. Heilung. Nach 2 Monaten Abort aus anderer Ursache.

Varnier hat ähnliche diagnostische Irrthümer erlebt; 2mal wurde die Diagnose auf Ovarialtumor und 1mal auf Salpingitis gestellt und die Laparotomie ausgeführt; nur in einem Falle erreichte die Schwangerschaft ihr normales Ende. V. glaubt, dass durch exakte Untersuchung die Fehldiagnosen zu vermeiden gewesen wären.

Engelmann jun. (Bonn).

Neueste Litteratur.

6) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIII. Hft. 3.

1) Keitler. Ein Beitrag zu Retroflexion und Retroversion der schwangeren Gebärmutter.

Retroflexio und Retroversio uteri gravidi sind streng zu trennen. Die Stellung der Portio zum Corpus ist maßgebend, je nachdem die Achsen beider wirklich an einander stoßen oder zusammenfallen.

Bei der Retroversio sind 4 Grade (nach Dührssen-Scanzoni) zu unterscheiden: 1) Fundus dicht unter dem Promontorium, Muttermund dicht unter der Symphyse. 2) Fundus in der Kreuzbeinhöhlung, Muttermund gegen die Symphyse gerichtet. 3) Fundus in der Kreuzbeinhöhlung, Muttermund dicht über der Symphyse. 4) Fundus gegen den Beckenboden gerichtet, Muttermund nach oben sehend.

Bei Retroflexio ist die Spontanaufrichtung möglich und geschieht nach Chrobak in der Weise, dass die vordere Uteruswand stärker als die hintere gedehnt, die Portio an die Symphyse gedrängt wird. Bei der Kontraktion der Längsmuskulatur der vorderen Wand stemmt sich die Portio an die Symphyse an, wobei eine Heraushebelung des Uterus aus dem kleinen Becken zu Stande kommt. Auf diese Spontanaufrichtung darf man aber nicht rechnen.

Die Retroversio lässt nur in den allerseltensten Fällen eine Spontanaufrichtung erwarten und erfordert aktives therapeutisches Handeln. Nur die niederen Grade können zuweilen von selbst in Normallage übergehen, wahrscheinlich indem sich zunächst aus der Retroversio eine Retroflexio bildet und diese dann in der beschriebenen Weise aus dem kleinen Becken sich herausentwickelt. — Zuweilen ist die Portio sehr kurz, es ist eigentlich nur ein Muttermund vorhanden. Diese

Fälle haben, besonders wenn der Muttermund nach vorn und oben gerichtet ist, die pathologische Bedeutung einer Retroversio. Die Therapie ist ungefähr die gleiche, wie sie von Pinard und Varnier so wie Dührssen festgelegt ist: Bei gesunder Blase Entleerung des Urins (Katheterismus, event. erleichtert durch Herabziehen der Portio; sonst Blasenpunktion), dann Reposition (Knie-Ellbogenlage, Kolpeurynter). Dieselbe erfolgt seitlich in einer Beckenbucht. Beim Misslingen: künstlicher Abort, Uteruspunktion oder vaginaler Kaiserschnitt. Bei bestehender Blasengangrän weder Reposition noch Entleerung der Blase, sondern schleunige Entleerung des Uterus und dann Behandlung der Blase, die in leichten Fällen konservativ, in schweren chirurgisch zu geschehen hat. Die Harnverhaltung tritt bei den verschiedenen Arten der Rückwärtslagerungen mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit zu bestimmten Terminen auf: Bei allen Retroflexionen stets am Ende des 3. oder Anfang des 4. Monates; bei der Retroversio I. Grades fehlen Incarcerationserscheinungen und Harnretention, beim II. Grade beginnen sie im 2.—3. Monate, beim III. Grade am Ende des 4. Monates, beim IV. Grade ca. in der Mitte der Schwangerschaft. Maßgebend ist dabei die Kompression, welche die Harnröhre durch die gegen die Symphyse gedrängte Portio erfährt. Bei den Retroversionen höheren Grades drückt die ganz nach oben sehende Portio nicht gegen die Urethra, sondern gegen den unteren Theil der Blase, wodurch eine Zweitheilung der Blase zu Stande kommen kann.

Selbst wenn keine Anzeichen für Infektion bei der Urinretention vorliegen, soll die Blase nie plötzlich und total entleert werden wegen der Gefahr der Blasenblutung. Derartige Blutungen entstehen nicht ex vacuo, sondern sind stets der Ausdruck einer beginnenden Blasennekrose.

Auch der von Kroner vor Jahren aus der Fritsch'schen Klinik in Breslau publicirte Fall wird vom Verf. so gedeutet, ein ähnlicher aus der Chrobak'schen Klinik in der gediegenen Arbeit ausführlich mitgetheilt.

2) M. Madlener (Kempten). Das Hautemphysem nach Laparotomie.

M. hat 4 Fälle von Hautemphysem nach Laparotomie erlebt; im Ganzen sind ca. 25 Fälle bekannt geworden. Die Affektion ist klinisch belanglos und daher wohl sehr viel öfter beobachtet, ohne dass darüber berichtet wurde. Das Emphysem entsteht, nach Schluss der Bauchwunde, durch Hineinpressen von Luft in Folge der Bauchpresse aus der Bauchhöhle in die Bauchdecken. Ungenaue Vereinigung durch die Naht ist keine nothwendige Bedingung für das Zustandekommen des Emphysems. Dagegen ist die Beckenhochlagerung besonders zur Ansaugung von Luft in die Bauchhöhle geeignet und für das Bauchdeckenemphysem daher ätiologisch wichtig. Es empfiehlt sich, vor der Bauchnaht Horizontallagerung herzustellen. Eine besondere Therapie ist meist unnöthig; bei sehr verlangsamter Resorption können vielleicht Incisionen in die emphysematösen Partien nöthig werden.

3) Lewerenz (Stettin). Über die mit den Beckenorganen in Zusammenhang stehenden Bauchdeckenfisteln.

Verf. bespricht unter Hinweis auf einige in der Martin'schen Klinik beobachtete und operirte Fälle Ätiologie, Symptomatologie, Verlauf, Prognose und Therapie der Bauchdeckenfisteln. Die Arbeit bildet eine kurze, sachgemäße Zusammenstellung klinisch bekannter Thatsachen ohne Beibringung wesentlich neuer Gesichtspunkte. Erwähnt sei die vorausgeschickte Fisteldesinfektion vor der Laparotomie: Martin lässt durch einen besonderen, an der weiteren Operation nicht theilnehmenden Assistenten die Fistel energisch curettiren und mit Sublimat 1:100 gehörig ausreiben und ausspülen. Einige Vorschläge des Verf.: die Befürwortung des vaginalen Weges für bestimmte Arten von Bauchdeckenfisteln; die Forderung, zu versenkten Nähten und zu Unterbindungen ausschließlich resorbirbares Nahtmaterial zu verwenden, werden wohl kaum allgemeine Zustimmung finden. Im Übrigen weichen die beschriebenen therapeutischen Maßnahmen wohl nicht wesentlich von den in anderen Kliniken angewendeten ab.

4) V. Johannowsky (Reichenberg). Kasuistische Beiträge zur operativen Gynäkologie.

1) Ein Fall von primärem Scheidencarcinom, das ringförmig fast das ganze Scheidenrohr ergriffen hatte. Sacrale Totalexstirpation des nicht nachweislich erkrankten Uterus im Zusammenhange mit der Scheide. Enukleation des Steißbeines und Resektion eines 3 cm langen Kreuzbeinstückes. Nach Hervorziehen des Uterus Verschluss der eröffneten Douglas'schen Falte; weiterhin extraperitoneales Operiren. Beim Ablösen der Blase kleiner Einriss, der durch zweietagige Naht geschlossen wurde. Tamponade nach der Vulva, Verweilkatheter in die Blase. Blasenfistel, die sich spontan schloss. Glatte Wundheilung. Bei der Entlassung Blasenkatarrh. J. empfiehlt die sacrale Methode, bei der Scheide und Rectum unter Leitung des Auges frei präparirt werden können. Der Vorschlag von Olshausen und Krönig, stets auch den Mastdarm zu reseciren, würde sich gerade auf sacralem Wege gut ausführen lassen.

2) Zwei konservative Kaiserschnitte an derselben Person. — Zwergbecken. 1. Sectio caesarea 1892 mit vorderem Längsschnitte. Beim 2. Male war die Blase gesprungen, der Muttermund 2markstückgroß. Es fanden sich sehr feste Adhäsionen zwischen Uterus und Bauchwand. Eröffnung des Uterus mit oberem Längsschnitte, vom Fundus nach abwärts. Gemeinschaftliche Uterus-Bauchdeckennaht. Durchgreifende Silkwormfäden mit Vermeidung der Decidua durch die Uteruswand. Die freien Enden der Fäden wurden in gekreuzter Richtung von innen nach außen durch die Bauchdecken geführt. Beim Knoten entstanden Achternähte, die die Uterusränder exakt an einander brachten und die vordere Uteruswand fest an die Bauchwand heranzogen. Oberhalb wurde die restirende Bauchdeckenwunde durch Pauschalknopfnähte geschlossen. Stichkanaleiterung. Heilung p. secund. int. Bei der Entlassung Ventrofixation des Uterus im Bereiche der gemeinsamen Uterus-Bauchdeckennaht. J. empfiehlt diese Naht nicht für alle Fälle. Sie hat den Vortheil, dass kein Nahtmaterial zurückbleibt, dass ein exakter Abschluss der Uteruswunde gegen die Peritonealhöhle erreicht wird. Ein Nachtheil ist besonders die resultirende breite Verwachsung, die aber auch bei anderen Nahtmethoden eintritt ohne wesentliche Beschwerden und Hemmnisse. Vortheilhaft erscheint die gemeinschaftliche Achternaht bei unreinen Fällen, wo Störungen des Wundverlaufes von vorn herein zu befürchten sind.

5) F. Spaeth (Hamburg). Antipyrin-Salol als Hämostypticum.

S. berichtet über 70 Fälle. Antipyrin und Salol zu gleichen Theilen werden durch Erhitzen in einem Reagensglase verflüssigt; in die Lösung wird eine mit Watte umwickelte Sonde getaucht und damit das Uteruscavum ausgewischt. In Zwischenräumen von 2—4 Tagen wird das Verfahren 2—4mal wiederholt. Völliger Misserfolg war in 13 Fällen = 18,6% zu konstatiren. Glanduläre Endometritiden blieben unbeeinflusst, eben so gonorrhoische Infektionen. Die antibakteriellen Fähigkeiten des Mittels sind gering. Dagegen war der Erfolg befriedigend bei Blutungen, die auf chronische Adnexentzündungen zurückzuführen waren, ganz besonders bei Subinvolutionszuständen p. part. oder p. abort. mit oder ohne Curettage. S. meint, dass die Wirkung in einem thermischen, kontraktionserregenden Reize besteht, da ja die Antipyrin-Salollösung ziemlich heiß mit dem Uteruscavum in Berührung kommt und vermöge ihrer klebrigen Beschaffenheit einige Zeit mit der Wandung in Kontakt bleibt. Nach der Applikation konnte mehrfach eine Verringerung der Uteruslänge um 1 cm, ein Hervortreten des Uterus konstatirt werden. Aus der Cervix stieß sich zuweilen nach einigen Tagen ein kleiner Ätzschorf ab. Bei polypösen Exkrescenzen im Uterus blieb die Wirkung aus, bei interstitiellen Myomen war zuweilen eine Abnahme der Blutungen nach Antipyrin-Salol bemerkbar. Eine Verätzung der Corpusschleimhaut hat nicht statt, wie die genaue Untersuchung eines Uterus lehrte, in den die Antipyrin-Salollösung einen Tag vor der vaginalen Totalexstirpation gebracht wurde. 2 der behandelten Fälle koncipirten.

6) J. Füth (Coblenz). Zur Leitung normaler Geburten durch den Arzt.

F. vertritt energisch die Forderung, dass der Arzt, der ohne Zuziehung einer Hebamme die Leitung einer Geburt übernommen hat, dazu verpflichtet ist, während des Geburtsverlaufes bei der Kreißenden zu bleiben und sich nicht früher, als 2 Stunden nach Durchtritt des Kindes zu entfernen. Nicht nur Mutter und Kind ziehen aus diesem Principe Vortheil, sondern auch die Hebammen, deren Hilfe bei diesem Standpunkte schwer entbehrt werden kann und auch von besser situirten Familien mehr als bisher verlangt werde würde. **Stoeckel** (Bonn).

Harnorgane.

7) Delagénière. Resektion des Endes der weiblichen Urethra zur Behandlung der Polypen der Harnröhre, des Prolapses derselben und der Urethrocele.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 12.)

Wo keine Urethrocele besteht, ist der Operationsvorgang folgender: die Harnröhrenöffnung wird umschnitten und der Schnitt nach unten in der Mittellinie ungefähr 15 mm verlängert. Dann dringt man tiefer ein und isolirt entweder die Harnröhrenschleimhaut allein oder, wo Difformitäten bestehen, die ganze Harnröhre. Dann zieht man die Harnröhre vorsichtig nach außen und schneidet sie ab, soweit sie erkrankt ist. Der Rest wird mit Silkwormnähten ringsum mit der äußeren Schleimhaut vernäht und auch der untere Schnitt vereinigt. Ist eine Ausbuchtung der Harnröhre vorhanden, dann bekommt der Schnitt die Form einer 8. Der untere Kreis, mehr elliptisch, wird event. mit dem ausgebuchteten Stück der Urethra resecirt, vernäht und dann die Operation, wie oben, vollendet.

In keinem Falle wurde ein Dauerkatheter eingelegt, vielmehr nur 1—2mal katheterisirt, und dann mussten die Kranken allein Urin lassen. 2mal am Tage wurde die Scheide mit sterilem Wasser gespült und ein T-Verband getragen. Am 8. Tage wurden die Fäden entfernt, am 12. Tage standen die Pat. auf.

Witthauer (Halle a/S.).

8) Harrington (Boston). Vorfall der Harnblase durch den Damm in Folge des Zuges eines subperitonealen Fibroms.

(Annals of surgery 1900. September.)

Einer 46 Jahre alten Frau war 1893 ein ödematöses Fibroid von der Größe eines Kindskopfes von der linken großen Schamlippe entfernt worden und schien der Stiel der Geschwulst von einem Spalt im Levator ani dicht am Ramus ascendens ossis pubis auszugehen. Schon 1 Jahr darauf begann die Geschwulst wieder zu wachsen, und 1897 wurde der Uterus wegen schwerer Blutung curettirt, die wieder zu beträchtlicher Größe angewachsene Geschwulst wurde wegen des schlechten Allgemeinzustandes unberührt gelassen. Plötzlich trat 1899 unter erheblichen Schmerzen im Leibe mit Frostanfällen und Fieber Harnverhaltung ein und es fand sich eine Geschwulstmasse, welche von der linken Hinterbacke herabhing und nach vorn mit einer zweiten kleineren Geschwulst zusammenhing, die von der linken großen Schamlippe ausging. Der größte Umfang der ganzen Geschwulst betrug 18½ Zoll, der vordere Theil hatte eine Länge von 7½, der hintere von 8½ Zoll. Ein weicher Katheter entleerte erst eine Menge Harn, als er 8 Zoll weit eingeschoben war, dabei floss der Harn stärker ab bei Druck auf den hinteren Tumor und dieser wurde im Umfange um 2 Zoll verkleinert. Von der Scheide aus konnte man fühlen, dass aus dem Becken unter dem linken Schambogen zwischen Scheidenwand und abstoßendem Aste des Schambogens eine Masse heraustrat, welche nicht in die Beckenhöhle zurückgeschoben werden konnte. Der Muttermund stand hinter der Symphyse, den Körper konnte man nicht fühlen. Der

außerhalb des Beckens liegende Theil der Harnblase fasste ohne Beschwerden für die Kranke beinahe $^3/_4$ Liter.

Nach der Eröffnung der Bauchhöhle von den Bauchdecken aus schien die Harnblase ganz zu fehlen mit Ausnahme eines kleinen Theiles, der durch den Beckenboden an der linken Seite zwischen den Bündeln des Levator ani nach abwärts gewendet war. Der Uterus war retrovertirt durch Zug des Lig. vesicouterinum und des Peritoneums, im Übrigen normal. Die Hand konnte dem ausgezogenen Blasenhalse durch die Öffnung im Beckenboden folgen, und die ganze Blase in einem Peritonealsacke umfassen, vermochte aber nicht, sie von der Geschwulst zu trennen, durch welche sie außerhalb des Beckens festgehalten wurde; das Bauchfell war gleichfalls herausgezogen und bedeckte etwa die Hälfte der vorgefallenen Blase.

Vorläufig wurde nun die Bauchwunde geschlossen und ein Schnitt vom Tuber ischii zum oberen Theile des Labium majus gemacht, der den vorderen und hinteren Theil der Geschwulst festlegte. Sie gingen von einer gemeinsamen Grundfläche aus, und man konnte die Blasenwand nicht von dem fibrösen Geschwulstgewebe abtrennen. Erst als die Blase durch Luft ausgedehnt wurde, gelang dies, sie wurde dann durch die Öffnung im Beckenboden in die Beckenhöhle hineingezogen, doch wurde hierbei die Bauchhöhle eröffnet. Endlich wurde der Tumor selbst aus seinen Verbindungen mit Haut und Unterhautzellgewebe ausgelöst. Die Blase zeigte aber Neigung, wieder durch das Loch im Beckenboden vorzufallen, welches groß genug war, um die Hand leicht durchzulassen.

Bei dem Alter der Frau schien es thunlich, den Uterus als Pfropfen auf die Öffnung zu befestigen, nachdem die Anhänge abgetragen waren; die Fläche des Uterus wurde angefrischt und durch einen Faden festgehalten, der durch die sämmtlichen Gewebe ging und außen geknüpft wurde. Nun konnte die Harnblase nicht mehr vorfallen. Schließlich wurde die überflüssige Haut abgetragen und beide Wunden geschlossen.

Schon am nächsten Tage konnte die Kranke selbst Harn lassen und genas, ohne wieder Harnbeschwerden zu haben. Der Faden, welcher den Uterus festhielt, wurde nach 2 Wochen entfernt, die Wunden schlossen sich rasch, und nach 6 Monaten konnte die Frau ihre Beschäftigung wieder aufnehmen.

Der Uterus blieb, ohne Beschwerden zu machen, in seiner Stellung, Antesinistroversion.

Die Geschwulst bestand nur aus fibrösem Gewebe und war offenbar von dem subperitonealen Gewebe der Blase vorn links ausgegangen. Die Hernie war paraperitoneal. Ein einigermaßen ähnlicher Fall wurde von Thomas (Lancet 1897 Vol. II p. 191) veröffentlicht, in welchem ein subperitonealer Tumor durch den ischio-rectalen Raum durchgetreten war und Darmschlingen mit herabgezogen hatte. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

9) W. Bovee (Washington). Eine kritische Studie über Einpflanzung der Harnleiter.

(Annals of surgery 1900. August.)

In einer ausführlichen Besprechung werden die in der Litteratur aller Länder bekannt gemachten Fälle von Einpflanzung der Harnleiter in die verschiedenen Organe einer kritischen Untersuchung unterzogen. Allen Interessenten kann die Lektüre dieses Aufsatzes nur empfohlen werden, für auszügliche Besprechung eignet er sich nicht. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

10) R. Peterson (Chicago). Anastomosen der Ureteren mit dem Darme.

(St. Louis cour. of med. 1900. Mai.)

Im Allgemeinen haben Versuche an Thieren, so wie auch gelegentlich an Menschen ausgeführte Einpflanzungen von Harnleitern in den Mastdarm ungünstige Erfolge gehabt, da Infektion der Nieren einzutreten pflegte. P. hat nun Thier-

versuche gemacht und gefunden, dass die von ihm unwesentlich abgeänderte Methode Maydl's, ein Stück Blasenwand mit den Harnleitermündungen in den Mastdarm einzunähen, verhältnismäßig noch die besten Erfolge gehabt hat. Obgleich auch hierbei Infektion der Niere nicht stets ausblieb, so hielt sie sich doch in so mäßigen Grenzen, dass das Leben häufiger erhalten blieb. Namentlich bei Ectopia vesicae ist daher diese Operation gerechtfertigt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

11) **Stockmann und Aust** (Königsberg i/Pr.). Zur Kasuistik der Radiographie der Harnblase.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 2.)

Haarnadel in der Blase einer taubstummen Virgo intacta; starke Cystitis. Die cystoskopische Untersuchung ließ die mit Eiter und Inkrustationen bedeckte, winkelig gebogene Nadel deutlich erkennen und lokalisiren. Öse wie Spitzen der Nadel saßen in der Blasenschleimhaut fest. Die Radiographie ergab ein sehr deutliches Bild, wobei allerdings die dem Metalle aufgelagerten Konkrementmassen nicht sichtbar wurden. Die Extraktion durch die Urethra misslang. Es musste die Sectio hypogastrica ausgeführt werden. Die Blase wurde in 2 Etagen mit Seide, ohne dass die Schleimhaut mitgefasst wurde, genäht. 12 Tage nach der Operation wurde Pat. geheilt entlassen. **Stoeckel** (Bonn).

12) **Loeb** (Köln). Die Desinfektionsfrage in der Urologie und Chirurgie.

(Monatsberichte für Urologie Bd. VI. Hft. 2.)

L. prüfte zunächst die Desinfektionskraft des Hydrargyrum oxycyanatum und and, dass es dem Sublimat durchaus nicht nachstehe. Es genügt aber nicht, Katheter, namentlich engen Kalibers (Ureterkather), zur Desinfektion in eine Lösung dieses Mittels zu legen. Die Tiefenwirkung, die Penetrationskraft dickerer Schichten geht dem Quecksilberoxycyanid ab. Dagegen eignet sich eine Lösung von Tragacanthschleim (1:100,0) + 10,0 Glycerin + 1‰ Hydrargyrum oxycyanatum sehr gut zur Desinfektion der Instrumente, wenn eine mechanische Reinigung (Abreiben, Durchspülung) voraufgegangen ist. Dieselbe Lösung dient zur Aufbewahrung der Instrumente und lässt sämmtliche Gleitmittel vor der Anwendung derselben entbehren. Die Instrumente werden durchaus nicht angegriffen und sind dabei stets glatt und schlüpfrig. Ein noch wirksameres Desinficiens besitzen wir aber fraglos in dem Formalin. Das empfohlene Verfahren besteht in einer Verdampfung der Schering'schen Paraformpastillen. Durch einen sehr einfachen Apparat (Blechbüchse mit kleinem Ansatzrohre) werden Formalindämpfe (80°) auf die Instrumente geleitet. Nach 6 Stunden sind sämmtliche Keime abgetödtet. Die Instrumente müssen darauf abgespült werden, bevor sie in die eben beschriebene Hydrargyrum-Glycerin-Tragacanthlösung zur Aufbewahrung kommen. Schwarze Katheter erhalten durch die Formalindämpfe oft ein grünes Aussehen.

Stoeckel (Bonn).

13) **M. Bazy** (Paris). Zur Behandlung von Beckenabscessen, die in die Blase perforirt sind. Einige Blasen-Darmfisteln.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 6.)

6 detaillirte einschlagende Krankengeschichten, die B. zu folgenden Sätzen führen:

Eine gewisse Anzahl von Beckenabscessen, die in der Nachbarschaft der Blase ihren Sitz haben, müssen so früh wie möglich incidirt werden, noch bevor Blasenreizung aufgetreten ist.

Ist bereits Blasenreizung aufgetreten, so soll man keine Zeit mehr verlieren, sondern sofort eingreifen.

Ist der Abscess schon in die Blase perforirt, so erscheint es nicht nur unnöthig, sondern sogar schädlich, chirurgisch einzuschreiten, da die Incision des Abscesses zu einer Blasenfistel führen kann.

Wenn infektiöse Zustände vorliegen, oder die Entleerung des Eiters durch die Blase erschwert ist, dann ist natürlich eine tiefe, paravesicale Incision indicirt.

Die Blasen-Darmfisteln, die von akuten Erkrankungen herstammen, können spontan heilen, und muss man sich nicht beeilen, dieselben per laparotomiam anzugreifen.

Man kann sich damit begnügen, zuerst allfällig auftretende Komplikationen zu behandeln; nur wenn die Fistel nicht spontan heilt, darf man die Laparotomie in Anwendung ziehen. **Beuttner** (Genf).

14) **Zechmeister und Matzenauer** (Wien). Cystitis colli proliferans oedematosa.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 1.)

Der beschriebene Fall zeigte endoskopisch am Sphinkterrande einen Kranz ödematöser, handschuhfingerförmiger, theils kolbig verdickter, theils dünngestielter Zotten, die durch den Urin in die Urethra gespült wurden und dadurch starken Tenesmus hervorriefen. Ätiologisch wurden ein mit der Blase verwachsener entzündlicher Adnextumor und ein altes, ringförmiges, gummöses Infiltrat in der Urethra (es handelte sich um eine Prostituirte) verantwortlich gemacht.

Die Therapie bestand in der Abtragung der Exkrescenzen im Panendoskop durch Schlingenschnürer und Polypenzange mit nachfolgender Silberinstillation, worauf Tenesmus und Katarrh verschwanden. **Stoeckel** (Bonn).

15) **Chrzelitzer** (Posen). Ein Fall von Cystitis luetica.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 1.)

Die Diagnose wurde lediglich ex juvantibus gestellt, weil die Blasenbeschwerden zugleich mit den sichtbaren Symptomen der Lues (Papeln, Psoriasis, Hodenschwellung) auf Schmierkur und Jodkali zurückgingen. Eine cystoskopische Untersuchung fehlt. **Stoeckel** (Bonn).

Verschiedenes.

16) **Carossa.** Eine neue Methode der Behandlung des Kindbettfiebers mit durchschlagendster Wirkung.

(Therap. Monatshefte 1900. November.)

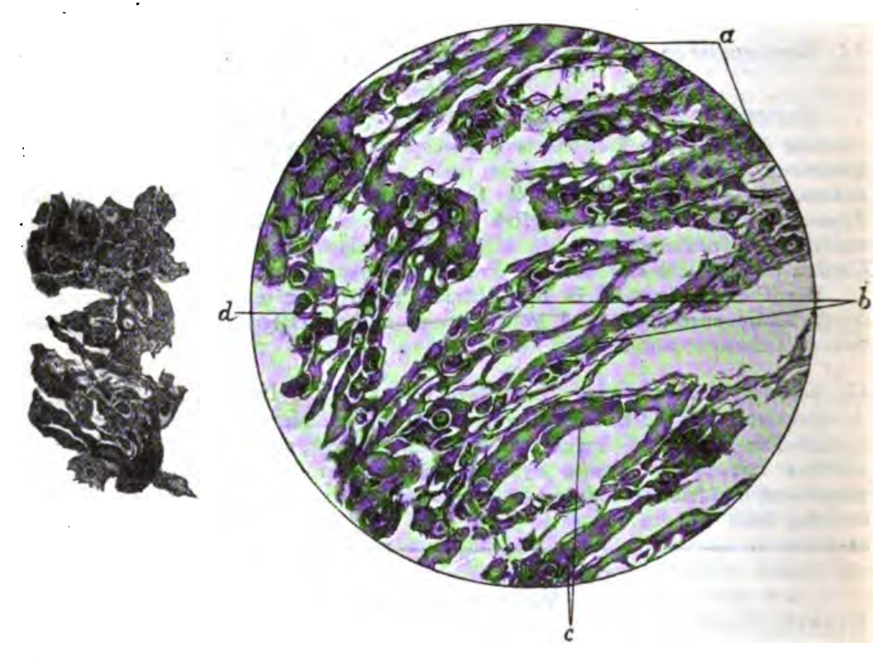
Die etwas umständliche lokale Alkoholbehandlung bei puerperalen Erkrankungen ist folgende: Man führt einen Uteruskatheter tief in die Gebärmutter ein, tamponirt den Uterus mit hydrophiler Gaze aus, befestigt am Katheter einen Gummischlauch, in dessen peripheres Ende ein Trichter gesteckt wird. Durch diesen Trichter gießt man Anfangs sehr langsam 25%ige Alkohollösung. Diese Eingießung wiederholt man stündlich Tag und Nacht, jedes Mal 2—3 Esslöffel; zu dem Alkohol kann man ein unschädliches Antisepticum hinzusetzen, C. bevorzugt Rotterin, der Tampon wird alle 2 Tage erneuert. Ausführliche Krankengeschichten, die zur Beurtheilung des Werthes der Methode dienen könnten, enthält die Schrift nicht. **Witthauer** (Halle a/S.).

17) **Lindfors** (Upsala). Zur Frage von Syncytioma (Chorio-epithelioma) malignum vaginae post graviditatem ohne Geschwulstbildung im Uterus.

(Upsala Läk. Förh. Bd. VI. Hft. 4.)

Aus dem in deutscher Sprache der Arbeit beigefügten Autoreferat sei Folgendes entnommen: Ca 1 Monat nach der spontanen Geburt (IIpara) wird median an der

vorderen Vaginalwand eine kirschgroße, feste, kurzgestielte Geschwulst nachgewiesen, die nach einem weiteren Monat Walnussgröße erreicht. Oberfläche derselben blauroth. Das Centrum erodirt. Innere Genitalorgane normal. Exstirpation des Knotens; histologische Diagnose: Metastase von Deciduoma malignum. Curettage des Uterus fällt völlig negativ aus; der Uterus wird nicht exstirpirt. 5 Monate nach der Operation völliges Wohlbefinden ohne eine Spur von Recidiv. Die Beschreibung des histologischen Befundes von dem Tumor stammt von L. Pick (Berlin), der eine Deportation von Placentargewebe in den Blutbahnen der Vagina mit nachfolgender maligner Proliferation des Syncytium annimmt. Chorionzotten werden nicht gefunden, dagegen eine Koagulationsmasse, bestehend aus Fibrin-



netzen, Leukocyten, zahlreichen Erythrocyten und verändertem Blutfarbstoff, zwischen denen Anhäufungen auffallender Zellbildungen liegen. Dieselben bestehen aus einem vielverzweigten, sehr engmaschigen Netze protoplasmatischer, zum Theil vakuolisirter Substanz, in die Keime verschiedener Größe eingeschlossen sind (Syncytien). Außerdem finden sich abgesprengte, vielkernige Protoplasmaklumpen so wie polygonale Einzelzellen mit hellerer Protoplasma- und Kernfärbung. Letztere können sowohl als syncytiale Wanderzellen wie als Langhans'sche Zellen gedeutet werden. Syncytiale Massen und die Einzelzellen brechen in die Gefäßlichtungen ein, stellenweise findet sich Nekrose des Syncytiums. **Stoeckel** (Bonn).

18) A. Carrel (Lyon). Durchbruch eines Dermoids nach der Blase. Mitgetheilt in der Soc. des scienses méd. de Lyon.

(Lyon méd. 1900. Mai 5.)

Pat. 59 Jahre, 3 Kinder, klagt seit 1 Jahre über Schmerzen links im Leibe, Dysuria frequens purulenta. Tumor zwischen Uterus und Blase; mit der Sonde der Eindruck mehrerer kleiner Steine in der Blase. Nach Dilatation der Harnröhre hat man bei bimanueller Untersuchung das Gefühl eines stark mit Kalksalzen infiltrirten Schwammes. Extrahirt wird schließlich durch die Harnröhre eine Haarkugel von der Größe eines kleinen Apfels, deren Oberfläche zum Theil inkrustirt ist. Der Finger kommt nach links hin in das Lager der Geschwulst,

resp. in die Cyste als solche selbst. Vor der Hand: Blasenspülungen, Dauerkatheter; event. später, bei den ersten Symptomen von Infektion, Auslösung der Cyste von Abdomen her in Aussicht genommen. **Zeiss** (Erfurt).

19) **W. Holleman** (Amsterdam). Ein Fall von Kraurosis vulvae komplicirt mit Carcinom.

(Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecologie 1900. Jaarg. 2.)

Der Fall betrifft eine kräftige Virgo von 66 Jahren, früher immer gesund. Vor 10 Jahren Jucken an den Genitalien, sehr wenig, kein Fluor. Vor 8 Wochen kleine Pustel am rechten Labium majus, einige Monate zuvor Stechen in der rechten Leistengegend. Pustel nicht schmerzhaft, allmählich größer und härter, bei Berührung leicht blutend.

Labia majora und minora glänzend weiß gefleckt, perlmutterartig, Hymen verdickt, Clitoris weißglänzend, Präputium verdickt. An der Commissura port. höckeriger, ulcerirender, leicht blutender Tumor, thalergroß. Keine Leistendrüsen.

Operation. Excision der erkrankten Partien im Gesunden. Mikroskopisch Stratum corneum verdickt, wenig zusammenhängende Lamellen, Zellgrenze und Kernfärbung dürftig. Rete Malpighi nicht verschmälert. Papillen meist normal, nur manchmal etwas breiter. Im Corium fehlen die normal wellenartig verlaufenden Bindegewebsfibrillen, diese sind gescheckt, sehen aus wie ödematös. Drüsen ohne Zeichen von Degeneration. In den oberflächlichen Schichten auf ein Minimum reducirtes elastisches Gewebe. Der Tumor ist ein Epitheliom.

Nach v. Mars wäre dies ein Fall von Kraurosis im Anfangsstadium. Die Ätiologie ist auch hier nicht bekannt. Mikroorganismen wurden nicht gefunden. Die Auffassung Veit's, dass die Kraurosis in Folge von Pruritus entsteht, hält Verf. für sehr plausibel. Oft aber kommen die Pat. nicht wegen Pruritus, sondern nachdem schon Schmerzen oder Entzündung durch Kratzen entstanden war, oder es wird die Therapie wegen Pruritus eingeleitet, wo die Diagnose Kraurosis lauten sollte.

Verf. hält es für möglich, dass die Kombination von Kraurosis und Carcinom keine zufällige ist.

Nachdem die Pat. geheilt entlassen, war nach mehr als einem Jahre kein Recidiv, es bestand aber ein beweglicher Tumor in der rechten Leistengegend; die Operation zeigte, dass dies carcinomatöse und erweichte Lymphdrüsen waren.

Die Prognose des Vulvacarcinoms bleibt zweifelhaft, die Abtragung mittels Paquelin'schen Thermokauters bietet nur scheinbare Vortheile; Haupteinwand ist, dass man nicht sehen kann, ob im Gesunden operirt wird.

Semmelink (Leiden).

20) **J. W. Ballantyne** (Edinburg). Klinische Bemerkung über einen Fall von Hämatom der Vulva.

(Scottish med. and surg. journ. 1900. Juni.)

Ipara mit nicht oder kaum verengtem Becken; Hämatombildung in der zweiten Geburtsperiode, innerhalb 45 Minuten zu Faustgröße. Bei der fast sichtbar raschen Zunahme eine Incision fürchtend, entwickelt B. zunächst den Kopf per Forceps. Hierbei berstet das Hämatom in das Löffelfenster hinein. Der Riss lässt sich nicht völlig durch Naht vereinigen; Jodoformgaze, glatte Verheilung. Kind lebt. Es bestand leichte, nur wenige Tage p. p. noch nachweisbare, Albuminurie. Alle anderen sonst als ursächlich oder prädisponirend angegebene Faktoren fehlen.

Zeiss (Erfurt).

21) **Stöckel.** Über Atmokausis und Zestokausis.

(Therap. Monatshefte 1900. December.)

In der Bonner Frauenklinik ist die Atmokausis 23mal, die Zestokausis nur einmal angewandt worden; benutzt wurde das Pincus'sche Instrumentarium. Vorbedingung ist eine ausgiebige Cervixdilatation, am besten durch Laminaria. Sehr bewährt hat sich die Atmokausis bei einem 14jährigen Mädchen, das unstillbare Menstrualblutung in Folge von Hämophilie hatte; hier wirkte die Methode lebensrettend, die Uterushöhle wurde aus vitaler Indikation obliterirt. Weniger günstig

wirkt sie bei Myomen; in einem Falle hatte in Folge und in Anschluss an die Atmokausis eine unvollkommene submuköse Entwicklung ursprünglich intramural gelegener Myome stattgefunden, und diese Myome waren erheblich gewachsen. Sogar Spontangeburten von Myomknoten nach Atmokausis kommen vor. Bei Myomen wird durch Verziehung der Uterushöhle auch die vollständige und allseitige Dämpfung der Uterusschleimhaut verhindert, zumal die Fundusschleimhaut und die Tubenecken fanden sich an den später exstirpirten Uteri unberührt. Die Indikation zur Behandlung der Aborte mit Dampf wurde abgelehnt, weil kein Bedürfnis vorhanden war, die gebräuchlichen therapeutischen Maßnahmen beim Aborte zu modificiren. Abortreste durch den Dampf zu kochen und die spontane Abstoßung abzuwarten, ist nicht rationell. Placentarreste werden vom Dampfe nicht vollkommen durchdrungen, eben so wie Polypen nur ganz oberflächlich angeätzt werden. Bei Endometritis glandularis war die Wirkung unsicher, schnell und prompt dagegen ist dieselbe jedoch bei klimakterischen Blutungen, wo die Atmokausis der Curettage entschieden überlegen ist. **Witthauer** (Halle a/S.).

22) **A. R. Simpson** (Edinburg). Vaporisation des Endometriums.

(Scottish med. and surg. journ. 1900. Juni.)

S. hat 14 Frauen mit Endometritis und Menorrhagie resp. Metrorrhagie, im Alter von 30—45 Jahren, mit dem Snegireff'schen Instrument behandelt. Alle waren narkotisirt, — Dauer der Einwirkung 45, 60, in einem Falle 90 Sekunden nur 1 davon (60 Sekunden) klagte nachher über Schmerzen; alle mussten 14—21 Tage nachher im Bette liegen. Üble Folgen traten nie ein, obgleich einige der Fälle Spuren alter Salpingo-ophoritis darboten. Von den 14 wurden 11 geheilt, 3 gebessert.

Zeiss (Erfurt).

23) **F. D. Bird.** Haargeschwulst im Magen.

(Med. press and circular 1901. Januar.)

24jährige Frau, seit $^1/_2$ Jahre Erbrechen und Schmerzen im Oberbauche und Rücken. Beweglicher Tumor unterhalb des linken Rippenbogens, irrthümlich für eine dislocirte Niere angesehen. Bauchschnitt, Tumor im Magen, Magenschnitt. Verfilztes stinkendes Konvolut schwarzer Haare von 330 g Gewicht, 26 cm Umfang und 16 cm Breite entfernt. Naht, Heilung. Pat. Blondine — also sekundäre Verfärbung der Haare im Magen. Obwohl Pat. nichts von Trichophagie zugestehen will, stammten die Haare doch wohl von den eigenen Kopfhaaren ab.

F. Neugebauer (Warschau).

24) **E. Rohn** (Prag). Über Äthylchloridnarkose.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 21.)

Auf Grund von 60 Narkosen mit Äthylchlorid (Kelen) an der dermatologischen Klinik hebt R. als Vortheile gegenüber anderen Allgemeinanästhesien hervor: 1) den raschen Eintritt der Narkose, durchschnittlich nach $1^1/_2$ Minuten, 2) das sofortige Erwachen nach Aufhören der Narkose, 3) die Nichtbeeinflussung der Athmung und Herzthätigkeit, so dass diese Narkose bei Phtisis pulm., Bronchitis Vitium cordis, Nephritis ohne Schaden angewendet werden konnte, 4) die geringe Excitation, nur bei Potatoren und Hysterischen war die Narkose schwieriger, 5) das Fehlen übler Nachwirkungen. Die Anwendung geschah mittels Breuer'scher Maske (Metallhalbkugel mit Pneumatikring, der ein luftdichtes Abschließen am Gesichte ermöglicht); die verbrauchte Menge betrug 2—3 cm pro Minute, die Dauer der Narkosen 2—21 Minuten. Wichtig ist, dass im Operationsraume vollkommene Ruhe herrsche. Die Nachtheile sind neben dem hohen Preise das Fortbestehen der Muskelspannung, so dass sich diese Narkosen nur für kurzdauernde Operationen eignen, besonders da, wo wegen Herz-, Lungen- oder Nierenaffektionen Chloroform und Äther nicht anwendbar ist. **Piering** (Prag).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. Sonnabend, den 18. Mai. 1901.

Inhalt:

IX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Bis zum 5. Mai sind noch folgende Vorträge und Demonstrationen angemeldet worden:

68. *Strassmann (Berlin). Die Theilungsstelle der Aorta bei Gebärenden und ihre Beziehungen zur Eklampsie.*
69. *Derselbe. Über Tubenresektion.*
70. *Ferdinand Schenk (Prag). Elastisches Gewebe in der normalen und pathologisch veränderten Vagina. (Demonstration.)*
71. *Heinsius (Breslau, Küstner'sche Klinik). Die Einbettung des Eies in der Tube.*
72. *F. Kleinhans (Prag). Demonstration.*
73. *R. Knorr (Berlin). Demonstration einer Sammlung cystoskopischer Photographien mit Skioptikon.*

74. *Stumpf* (*München*). *Bemerkungen zum Geburtsmechanismus.*
75. *Hofmeier* (*Würzburg*). *Demonstration zur Frage der Placenta praevia.*
76. *R. Asch* (*Breslau*). *Schäden der Formalinverwendung* (*mit Krankenvorstellung*).
77. *Menge* (*Leipzig*). *Die operative Sterilisirung der Frau.*
78. *Derselbe. Demonstration von Präparaten.*
79. *L. Knapp* (*Prag*). *Zur Lehre von der Urämie.*
80. *Osterloh* (*Dresden*). *Demonstrationen.*

Weitere Anmeldungen nimmt entgegen **Löhlein** (*Gießen*).

I.

(Aus dem Evangelischen Hospital in Odessa.)

Konservirende Behandlung von entzündlichen Adnextumoren.

Von

H. Thomson.

Überall macht sich in letzter Zeit eine konservativere Richtung bei der Behandlung von entzündlichen Erkrankungen der Uterusadnexe, auch bei operativem Vorgehen (Fritsch, Küstner, Dührssen u. A.) bemerkbar, wobei man recht zufriedenstellende Resultate erzielte. Bei der großen Häufigkeit und nicht seltenen Schwere dieser Erkrankung verdienen genauere Beobachtungen in dieser Hinsicht ein entschiedenes Interesse, da Einigung in der Behandlung noch lange nicht erzielt ist. Im Nachfolgenden will ich ganz kurz meine Erfahrungen in dieser Frage mittheilen; eine detaillirte Bearbeitung derselben erscheint in russischer Sprache. — Die Beobachtungen wurden im Hospital an einem mehr aus schwereren Fällen zusammengesetzten Krankenmateriale gemacht, und die Pat. waren meistens längere Zeit schon anderweitig zum größten Theile in häuslichen Verhältnissen ohne Erfolg behandelt worden. Im Allgemeinen waren unsere Resultate bei einer großen Zahl derselben nach der üblichen Behandlung, wie Ruhe, Scheidenduschen bis 40°, Sitzbäder bis 34°, heiße Luftbäder, welche ich[1] seiner Zeit empfohlen habe, Scheidentampons, Kompressen, mit Auswahl und Vorsicht Massage und Belastung, befriedigend. Eine intra-uterine Therapie — Dilatation, Abrasio, Kauterisation — wurde dabei nur bei strikter Indikation, bei starken Uterusblutungen und Fluor angewandt. Die Methode der systematischen intra-uterinen Anätzungen bei Adnexerkrankungen von Grammatikati, die bei uns recht breite Anwendung, angeblich mit gutem Erfolge gefunden hat, habe ich selbst nicht geübt. Ich habe einige Male Gelegenheit gehabt, mich von der Erfolglosigkeit resp. Schädlichkeit dieser Behandlungsweise zu überzeugen; hauptsächlich hatte der Allgemeinzustand der Pat., das Nervensystem unter den vielen Manipulationen recht stark gelitten.

---

[1] Petersburger med. Wochenschrift 1896. No. 23.

Nach meinen Erfahrungen jedoch glaube ich, dass wir in gewissen Fällen mit einer Abrasio und einigen nachfolgenden intra-uterinen Ätzungen auch hier Gutes zu leisten im Stande sind. — Wenn genannte Therapie sich als erfolglos erwies, so wurde bei Bestand eines entzündlichen Tumors resp. einer Eiterhöhle operativ, möglichst konservativ, vorgegangen, nach dem chirurgischen Principe: Ubi pus, ibi evacua. Unter Narkose, oder auch ohne dieselbe, wurde gewöhnlich in sagittaler Richtung das hintere Scheidengewölbe incidirt und zuweilen dabei auch schon zugleich die Eiterhöhle breit eröffnet. Häufig musste aber mit 1 oder 2 Fingern oder einer Kornzange bis zum Eiterherde tiefer hineingegangen werden, wobei ich mich nach Möglichkeit zur Vermeidung von Verletzung der Ureteren oder größerer Gefäße hinter der Gebärmutter hielt. Dabei erweitern die Finger den Gang, zerreißen Stränge, eröffnen noch weitere Eiterherde, immer unter Kontrolle der anderen Hand von Seiten der Bauchdecken, so dass ein breiter Gang nach der Scheide geschaffen wird. Gewöhnlich ist ja das Operationsterrain von der Bauchhöhle durch Adhäsionen abgeschlossen, und wenn ich auch einige Male, wie es schien, in die freie Bauchhöhle gelangte, so hatte das doch nichts geschadet. Zuweilen wurden bei tiefliegender Geschwulst die Sackwandungen an die Scheide fixirt. Nicht selten leistete mir beim Eröffnen höher liegender Abscesse die Landau'sche Trokar-Spreizzange gute Dienste. Immer wurde das Princip durchgeführt: breite Eröffnung, Drainage und Ausspülungen der Eiterhöhle mit Wasserstoffsuperoxydlösung.

Ich verzichte hier auf eine genauere Mittheilung der Krankengeschichten der so operativ behandelten Fälle und will nur bemerken, dass Geschwülste von Hühnereigröße bis zur Größe einer fast bis zum Nabel reichenden Geschwulst zur Incision kamen und mehr oder weniger deutlich durch das hintere Scheidengewölbe zu fühlen waren. Die Kranken blieben gewöhnlich längere Zeit — einige Wochen — im Hospital, hauptsächlich dann, wenn noch eine zweite Incision nöthig wurde oder die Eiterhöhle sich noch nicht geschlossen hatte oder die Pat. zu schwach waren. In 4 recht komplicirten Fällen, wo das erste Mal wohl nur der peritoneale Abscess eröffnet war, musste 2mal incidirt werden, und 1mal wurde bei dem zweiten Einschnitte das vereiterte Ovarium entfernt.

Im Ganzen machte ich in 30 Fällen die vaginale Incision und zwar bei 7 einfachen Pyosalpingen, 12 Pyosalpinxsäcken (Pyo-ovarium), komplicirt mit peritonealen und parametritischen Exsudaten, 5 Fällen, in welchen die Herkunft des Eiters nicht genau festgestellt werden konnte, 1 parametritischem und 5 perimetritischen Exsudaten. In 6 Fällen war der Eitersack in den Mastdarm durchgebrochen, ohne indess die Heilung zu behindern; 2mal bestand außerdem ein Uterusmyom. Bei allen Kranken trat auffallend rasch eine Besserung nach der Operation ein und sie wurden als gesund oder als Rekonvalescentinnen entlassen, wobei von den letzteren die meisten unter

meiner weiteren Beobachtung auch gesundeten. Von den Pat., die ich weiter nicht mehr gesehen habe, glaube ich wohl meistens annehmen zu können, dass es ihnen gut geht. Nur 2 Kranke gingen einige Wochen nachher an Eiterung und Erschöpfung zu Grunde. Bei der Einen derselben bestand außerdem ein großes Myom, von dessen Entfernung, bei dem schlechten Allgemeinzustande der Pat., nicht die Rede sein konnte; bei der Anderen waren ein großer Pyosalpinxsack und pelveoperitonitische Abscesse durch Laparotomie und nachher noch durch die vaginale Incision mit vorübergehender Besserung eröffnet worden. Beide Fälle waren von Hause aus desolat. Bei einer Pat., der vor 5 Jahren mit dem Scheidenschnitte eine Pyosalpinx sin. in rectum perforat. mit gutem Erfolge operirt worden war, wurde jetzt noch eine rechtsseitige Pyosalpinx durch die Scheide incidirt. Im trüben Urin und Eiter fanden sich reichlich Gonokokken. Die Kranke befindet sich noch im Hospital, und es ist der einzige Fall, wo vom 5. Tage nach der Operation an aus der Scheide Urin abfließt, offenbar eine rechtsseitige Ureterverletzung. An Stelle des früheren linksseitigen Pyosalpinxsackes fand sich eine nicht bedeutende Verdickung. — Zu erwähnen wäre noch, dass während der Zeit, wo obige Operationen ausgeführt wurden, im Hospital 7 Incisionen der Inguinalgegend wegen eitriger Exsudate gemacht wurden. Außerdem eröffnete ich vereiternde Hämatocelen immer durch die Scheide. — Bei sehr großen Pyosalpinxtumoren, die etwa bis zum Nabel reichten, bin ich 8mal — 2mal an ein und derselben Pat. — auch konservativ verfahren, in so fern ich die Eitersäcke in die Bauchdecken einnähte, eröffnete und drainirte, da eine Exstirpation, in Folge der starken Verwachsungen und komplicirten Verhältnisse, unmöglich oder zu riskirt erschien. Mit den Resultaten bin ich im Hinblicke der Schwere dieser Fälle im Allgemeinen zufrieden; dennoch würde ich jetzt, wie Dührssen, solche große Eitersäcke nach Möglichkeit durch die Scheide in Angriff nehmen.

Dass ich bei entzündlichen Erkrankungen des Genitalapparates immer möglichst konservativ vorgegangen bin und nur auf strikte Indikationen hin operirte, darauf hatte ich gelegentlich in einer früheren in russischer Sprache erschienenen Arbeit[2] hingewiesen, wo über 292 klinische Fälle von Adnextumoren, Salpingo-oophoritis und Pelviperitonitis mit 17 Laparotomien, 1 vaginalen Totalexstirpation, 9 Coeliotomiae vaginales und 17 vaginalen Incisionen berichtet wurde. Bei der Operation ließ ich nach Möglichkeit die Organe zurück, entfernte den Eiter, resecirte Ovarien, löste die Adnexe aus Adhäsionen etc. — Es wäre noch zu erwähnen, dass es zuweilen recht schwierig ist zu entscheiden, ob der vaginale oder abdominale Weg zur Operation zu wählen ist. Noch unlängst exstirpirte ich mit großen Schwierigkeiten eine kindskopfgroße Pyosalpinx durch die Bauchdecken. Vor der Laparotomie schien mir der Tumor durch

[2] Journ. akuscherstwa 1900. Bd. XIV.

die Scheide schwer zu erreichen, bei der Operation überzeugte ich mich von der guten Ausführbarkeit eines vaginalen Einschnittes.

In Betreff der Technik der vaginalen Incision ist noch darauf hinzuweisen, dass ich immer durch das hintere Scheidengewölbe einging und von dort mich in der Richtung zum Eiterherde weiterarbeitete, wobei ich bemüht war, alle Abscesse in einer Sitzung zu eröffnen. Die Blutung war nie eine bedeutende und wurde in der Regel durch Tamponade oder Anlegung von einigen Ligaturen oder Pincetten gestillt. Eine Ureterverletzung wurde nur einmal beobachtet.

Die Hauptbedingung zur Erlangung guter und bleibender Resultate bei dieser Methode ist immer eine breite Eröffnung des Eiterherdes, nach allgemeinen chirurgischen Regeln, mit nachfolgender Drainage bis zur Elimination der Höhle. Mit den Resultaten dieser vaginalen Incisionen bin ich fürs Erste vollständig zufrieden. Die Kranken wurden nach einem ungefährlichen Eingriffe bald wieder arbeitsfähig, Schmerzen und Geschwulst verringerten sich und schwanden unter entsprechendem Verhalten mehr oder weniger ganz. Im Falle eines Misserfolges bleibt ja immer noch die Möglichkeit einer Radikaloperation. Weitere Erfahrungen dürften wohl sicherlich bei eitrigen Adnextumoren eine ausgedehnte Anwendung der vaginalen Incision rechtfertigen.

II.

Zur Ätiologie der Facialislähmung nach Spontangeburten.

Von

Prof. Dr. **Ed. Frank** in Olmütz.

Die Fälle von Facialislähmung nach operativen — Zangenentbindungen — sind keineswegs selten. Jeder erfahrene Geburtshelfer hat derartige Zufälle erlebt. Diese Fälle haben nicht nur wegen ihrer Häufigkeit, sondern auch wegen ihrer klinischen Bedeutung weniger Interesse. Wir wissen recht gut, dass solche Lähmungen die Folge des Druckes eines Zangenlöffels auf den Nerv beim Austritte aus dem Foramen stylo-mastoideum sind, wir wissen auch fernerhin, dass diese Lähmungen ohne irgend eine Behandlung in einigen Tagen verschwinden.

Viel seltener sind die Fälle von Facialislähmung bei Spontangeburten. Dieselben haben nicht nur wegen ihrer Seltenheit ein größeres Interesse, sondern auch wegen der Schwierigkeit, die Ursache der Lähmung in den einzelnen Fällen herauszufinden.

In seiner letzten Publikation führt Vogel alle Fälle von Facialislähmung bei Spontangeburten an und hebt namentlich das ätiologische Moment, die Entstehung der Lähmung in den einzelnen Fällen hervor. Die beschriebenen Fälle zeigen wenig gemeinsame Punkte. Erst die zwei von Vogel beschriebenen Fälle haben eine

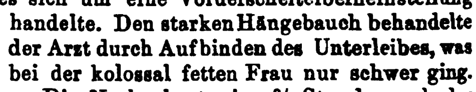
gewisse Ähnlichkeit mit dem von Ludwig publicirten Falle, so dass man füglich nicht fehl geht, diese Fälle unter einen gemeinsamen Gesichtspunkt zu subsumiren. Ludwig spricht sich nicht decidirt über das Entstehen der Facialislähmung aus, während Vogel bei zwei vollkommen gleichen Fällen — es handelt sich in allen Fällen um eine Vorderscheitelbeineinstellung — als Ursache der Facialislähmung Druck auf den Nerven in Folge von Exostosen beim platten Becken annimmt.

Mit Rücksicht auf den Verlauf der Lähmung hat diese Erklärung sehr viel für sich, dass gerade so wie bei einer operativen Entbindung ein temporärer Druck auf den Nerven die Lähmung verursacht, auch bei Spontangeburten eine solche Ursache vorhanden ist. Vogel ist es auch gelungen, am Phantom derartige Verhältnisse darzustellen und den Nachweis zu erbringen, dass der Druck von Seiten der Exostosen die Lähmung verursacht. Ich bin ebenfalls in der Lage, über einen Fall von Facialislähmung nach einer Spontangeburt zu berichten, auch ich kann für diesen Fall, der beinahe den von Ludwig und Vogel beschriebenen Fällen vollkommen gleicht, nur dass es sich nicht um ein enges Becken handelt, als Grund ebenfalls einen direkten Druck auf den Nervus facialis annehmen.

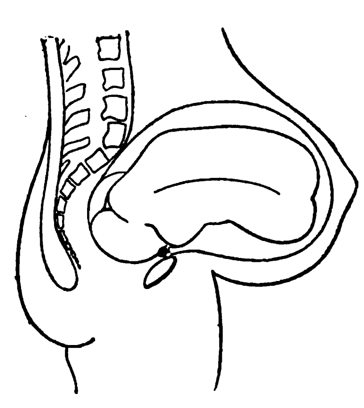
Ich will den Fall selbst mittheilen:

Sonntag den 25. November 1900 wurde ich vom Kollegen Dr. Munk aus Mährisch-Neustadt telegraphisch ersucht, zu einer Entbindung zu kommen (zur Frau Sch.), die ich bereits aus meiner Sprechstunde kenne. Als ich um 11 Uhr Vormittags ankam, erfuhr ich, dass soeben ein kräftiges Kind spontan geboren wurde. Die Gebärende ist 35 Jahre alt; sie hat bereits 4mal geboren, die Geburten waren leicht. Bei der zweiten Geburt wurde angeblich wegen Wehenschwäche das Kind mit dem Forceps entwickelt. Seit der 4. Geburt besteht ein starker Hängebauch.

Vom Kollegen Munk erfuhr ich, dass die Wehen Sonnabend um 8 Uhr früh leicht einsetzten, um $8^{1}/_{4}$ Uhr Abends Blasensprung, um 11 Uhr war der Muttermund verstrichen; die Frucht stellte sich in zweite Position ein. Bei der inneren Untersuchung konstatirte er, dass es sich um eine Vorderscheitelbeineinstellung



handelte. Den starken Hängebauch behandelte der Arzt durch Aufbinden des Unterleibes, was bei der kolossal fetten Frau nur schwer ging.



Die Nachgeburt ging $^{3}/_{4}$ Stunde nach der Geburt des Kindes auf leichten Druck ab, keine Blutung. Sehr interessant war der Befund am neugeborenen Kinde. Das auffallendste Symptom war eine komplete linksseitige Facialislähmung. Dem linken Scheitelbeine saß eine starke Kopfgeschwulst auf, der Knochen selbst war unter das rechte Scheitelbein geschoben. In der Nähe des linken Ohres beim Austritte des Facialis aus dem Foramen stilomastoideum sah man bei dem fetten Kinde eine vollkommen deutlich ausgeprägte Grube; in dieselbe passte die Schulter so wie die Gelenkskapsel, es bildete die Vertiefung das Negativ der runden Schulter. Ich habe mir die Verhältnisse am Phantom dargestellt und erlaube mir von diesem Falle beifolgende schematische Skizze zu geben.

Betrachtet man die Figur, so sieht man, wie bei dieser Einstellung und bei dem Bestehen des Hängebauches die Wehen die linke Schulter gegen die Ohrgegend immerwährend andrücken und dass dieser andauernde Druck der Schulter gegen diese Stelle genau so eine Lähmung zu Stande bringt wie der Druck der Zange auf diese Gegend.

Ich glaube also, dass dieser Fall nicht nur wegen seiner Seltenheit, sondern auch durch die Ätiologie — Druck der linken Schulter gegen die Ohrengegend — eine gewisse Bedeutung hat, wesshalb ich mir erlaubte, diesen Fall zu veröffentlichen.

III.

Über die Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomie.

Von

Dr. L. Seeligmann in Hamburg.

Der von Füth im Centralbl. f. Gynäkologie 1901 No. 7 veröffentlichte Aufsatz, an dessen Schluss der Verf. den Wunsch nach einer Aussprache über dieses Thema äußert, veranlasst mich, das Wort zu obigem Kapitel zu ergreifen.

Im Jahre 1899 habe ich in der Deutschen med. Wochenschrift No. 39 über meine Erfahrungen mit der Drainage der Bauchhöhle durch den Douglas mit gleichzeitiger Abdachung nach oben bei Laparotomien mit schweren Komplikationen berichtet. Seit jener Zeit habe ich diese Methode in der Art und Weise, wie ich sie damals beschrieb, in einer weiteren Reihe von Fällen zu erproben Gelegenheit gehabt. Erst in den jüngsten Wochen habe ich einen Fall operirt, dessen glatten Heilverlauf ich zum größten Theile auf Rechnung der durchgeführten Drainage nach dem Douglas mit gleichzeitiger Abdachung nach oben schreiben möchte. Es war ein recht schwerer Fall, der auch in manch anderer Beziehung ein Interesse beanspruchen dürfte, so dass ich mir erlauben möchte, ihn in kurzen Worten zu referiren:

Frau Sch., 37 Jahre alt, hat 3 Partus durchgemacht, den letzten vor 12 Jahren. Seit mehreren Jahren bemerkt sie das Wachsthum einer Geschwulst im Leibe, sie hat sehr starke Menses, die ca. 14 Tage gewöhnlich dauern, und sie ist durch diesen Blutverlust und die heftigen fortwährenden Schmerzen auf der linken Seite des Leibes ungemein körperlich heruntergekommen. Als ich sie zum 1. Male sah, war der ausgedehnte Leib so schmerzempfindlich, dass von einer exakten Diagnose keine Rede sein konnte. Temperatur 39°, Zunge stark belegt. Zunächst handelte es sich darum, die bestehende Peritonitis zu beseitigen und den Kräftezustand etwas zu heben. Als dies nach einiger Zeit gelungen war, machte ich die Laparotomie und fand, wie diagnosticirt, ein über mannskopfgroßes Myom des Uterus, mit dem ein faustgroßer linksseitiger Tubo-ovarialabscess vergesellschaftet war. Mit beiden Tumoren waren die Därme intensive Verwachsungen eingegangen. Ich machte nun, da die Portio uteri von der Geschwulst nicht eingenommen war, die supravaginale Amputation des Uterus und nahm bei der Bildung des vorderen Peritoneal-Uteruslappens besonders darauf Bedacht, denselben möglichst groß zu präpariren. Nach Auslösung des Tubo-ovarialabscesses aus seinen Verwachsungen,

wobei nicht zu verhüten war, dass sich Eiter entleerte, habe ich dann den Douglas breit eröffnet, eine Jodoformgaze-Drainage durchgezogen und einen Theil des gebildeten vorderen Uterus-Peritoneallappens dazu verwandt, das Operationsfeld nach oben und links abzudachen. Die Rekonvalescenz der Pat. war vollständig glatt und ungestört, obgleich die Operation ziemlich lange gedauert hatte und erschwert war durch die letzthin durchgemachte Peritonitis, die auf den Tubo-ovarialabscess zu beziehen war, dessen eitriger Inhalt das Operationsfeld berührte. Die frischen Adhäsionen des Darmes gerade an dieser Stelle waren ein deutlicher Hinweis auf die jüngst bestandene Entzündung. Nach 16 Tagen konnte die Pat. das Bett geheilt verlassen.[1]

Der Verlauf dieses Falles hat mich in meiner Ansicht bestärkt, dass es rathsam ist, bei der Exstirpation von Tumoren im kleinen Becken von vorn herein darauf Rücksicht zu nehmen, dass nach der Auslösung der Geschwulst genügend Material zur Deckung des Stumpfes resp. des ganzen Operationsgebietes vorhanden ist, wenn man eine Drainage nach dem Douglas hindurch führen will. Nach meinen Beobachtungen ist der Abschluss nach oben schon desshalb von der größten Wichtigkeit, weil bei den eigenthümlichen Druckverhältnissen in abdomine und der bei jeder Exspiration stattfindenden Aspiration im Douglas eine genügende Drainage nach unten nur so gewährleistet wird. Die Bedeckung der Operationswunden nach oben hin mit Serosa bietet andererseits aber auch die besten Garantien dafür, dass ein Anlegen und Festwachsen des Darmes oder Netzes an diesen Stellen nicht stattfinden kann, sie verhütet also sicherlich am besten den postoperativen Ileus, der ja in den meisten Fällen eine so verhängnisvolle Komplikation darstellt. Mit desto größerer Freude ist desshalb ein so schönes Resultat zu begrüßen, wie es Füth in seinem Falle erzielt hat, und es wäre wirklich wünschenswerth, dass auch Andere über ihre Resultate mit der Operation des postoperativ entstandenen Ileus berichteten. Natürlich auch die Fälle, die unglücklich endeten, mit genauer Angabe der Behandlung des Darmes. Die Litteratur, die ich in dieser Hinsicht durchsucht habe, ist recht spärlich über diesen eminent wichtigen, geradezu lebensrettenden Eingriff. Was nun die Drainage der »Bauchhöhle« durch die Bauchwunde betrifft, die Füth in seinem Falle durchgeführt hat, so glaube ich nicht, dass man im Stande ist, die »Bauchhöhle« zu drainiren in dem Sinne, in dem es vielleicht von Füth gemeint sein dürfte. Es bilden sich, wie das auch von Kümmell in der Diskussion über meinen in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg[2] seiner Zeit gehaltenen Vortrag über dieses Thema betont wurde, schon nach kurzer Zeit Verklebungen der Darmschlingen unter einander und mit der Bauchwunde, so dass ein abgeschlossener Raum entsteht, der dann nach außen hin offen bleibt.

---

[1] Das Präparat, das ich am 29. Januar 1901 in der Sitzung der Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg demonstrirte, stellt ein ca. mannskopfgroßes Myom dar, das fast gänzlich myxomatös degenerirt war. Mit dem Myom hing der Tubo-ovarialtumor zusammen.

[2] Centralblatt für Gynäkologie 1900. No. 52.

Diese Verklebungen, die gewissermaßen im Sinne oder in der Richtung der natürlichen Peristaltik stattfinden, beeinträchtigen in der Folge die Thätigkeit des Darmes nicht, sie verhalten sich wie jene vielfachen, oft recht intensiven Verwachsungen des Darmes, die wir häufig bei Laparotomien im kleinen Becken antreffen, und die zu unserem Erstaunen die Peristaltik absolut nicht behindert haben. Wenn es nun nach diesen Überlegungen nicht möglich ist, die ganze Bauchhöhle zu drainiren, so ist es doch sicherlich durch die nach der Bauchwunde geführte Drainage durchführbar, einen gefährlichen Theil des Darmes auf diese Weise von der übrigen Bauchhöhle abzuschließen und nach außen hin zu sichern.

Das schöne Resultat, das Füth erreichte, der einen durch Darminhalt verunreinigt gewesenen Theil des Darmes, der aufgeschnitten und genäht worden war, wieder in die Peritonealhöhle zurückbrachte und durch die Drainage sicherte, lässt uns gewiss den hohen Werth und die Bedeutung dieser Methode nicht verkennen.

IV.

Zum Aufsatze H. W. Freund's „Über moderne Prolapsoperationen" in d. Bl. 1901 No. 18.

Von

E. Wertheim in Wien.

Herr H. W. Freund ist im Unrecht, wenn er die von mir für Cystocelenprolapse angegebene und geübte Art der Annähung des in die Scheide geschlagenen Uterus mit dem Verfahren W. A. Freund's identificirt. Bei meiner Methode wird der Uterus nur mit der vorderen Scheidenwand in Verbindung gebracht, bei der Methode W. A. Freund's mit der vorderen und hinteren Scheidenwand. Bei meiner Methode wirkt der Uterus gleichsam als Träger der erschlafften und gedehnten Blase, bei der W. A. Freund's wirkt er als Stöpsel der Vagina. Bei meiner Methode bleibt die Vagina funktionsfähig, bei der W. A. Freund's wird Kohabitation unmöglich gemacht. Bei meiner Methode fließen die Ausscheidungen des Uterus auf natürlichem Wege ab, bei der W. A. Freund's muss aus dem Fundus ein neuer Muttermund geschnitten werden.

Ich bin erstaunt darüber, dass Herm. W. Freund diese Unterschiede entgangen sind, welche ich doch gleich in meiner ersten ganz kurzen Publikation über diesen Gegenstand (Centralbl. f. Gyn. 1899 No. 14) schärfstens betont habe und auf welche ja auch auf der Münchener Naturforscherversammlung (September 1899, ref. Centralbl. für Gynäkologie 1899 p. 1211) im Anschlusse an den Vortrag W. A. Freund's eingegangen wurde. Hat doch damals W. A. Freund selbst, der berühmte und allverehrte Altmeister, betont, dass dort, wo Kohabitationsfähigkeit erwünscht sei, die »Wertheimsche Modifikation« vorzuziehen sei.

Wenn nun, bei dieser Sachlage, Herr Herm. W. Freund sich die Äußerung leistet: »Es kann daher Wertheim nicht zugegeben werden, dass er, wie er schreibt, den Gedanken hatte, die W. A. Freund'sche Fisteloperation als Prolapsoperation zu verwenden, und es ist ein starkes Stück, wenn Schmit in einer Festschrift diese Operation als Einnähung des Uterus in die Scheide nach Wertheim nennt, nachdem mehrere Operateure unter richtiger Angabe dieselbe Operation mitgetheilt haben«, so werde ich wohl kaum irgend wo Widerspruch finden, wenn ich meinerseits diese hinterhaltige und provocirende Äußerung, gegen die ich mich nicht erst zu verwahren brauche, als ein starkes, ja sogar als ein sehr starkes Stück bezeichne.

V.

Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Professor Herm. W. Freund in d. Bl. 1901 No. 18.

Von

Dr. Heinrich Schmit.

Ich schließe mich den voranstehenden Ausführungen Professor Wertheim's vollinhaltlich an und will nur noch Folgendes bemerken: Ich habe in meiner Arbeit (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XI) die W. A. Freund'sche Operation ausdrücklich als Prolapsoperation angeführt und über die von Wertheim im Centralblatt für Gynäkologie 1899 No. 14 empfohlene Methode gesagt, dass sie von der W. A. Freund'schen Idee ausgehend hauptsächlich gegen die so leicht recidivirende Cystocele gerichtet sei. Mit Rücksicht auf die von Wertheim oben neuerdings hervorgehobenen Unterschiede im Vergleiche zur W. A. Freund'schen Operation habe ich im vorletzten Absatze vom »Wertheim'schen Verfahren« gesprochen, aber nirgends die von W. A. Freund empfohlene Operation »als Einnähung des Uterus in die Scheide nach Wertheim« bezeichnet.

Die aggressive Bemerkung des Herrn Herm. W. Freund ist daher unberechtigt und unpassend.

Referate.

1) **Schiff** (Wien). Über die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 3.)

S. hat die Fliess'schen Versuche nachgeprüft und ihre Wichtigkeit in vollem Umfange bestätigen können. Fliess behauptet bekanntlich, dass es an unterer Muschel und am Septum nasale jederseits 2 sog. »Genitalstellen« der Nase giebt, die eine starke, regelmäßig eintretende Schwellung, Kongestion und besonders hochgradige

Empfindlichkeit während der Menstruation zeigen. Diesen soll eine wesentliche Rolle bei Entstehung dysmenorrhoischer Schmerzen zufallen; Schmerzen in Bauch und Kreuz während der Menstruation sollen durch Cocainisirung dieser Stellen zu koupiren, durch Ätzung derselben dauernd zu heilen sein. S. stellte Kontrollversuche an, weil er nicht an die Richtigkeit dieser Befunde glaubte. Er verfügt über 2 Serien von zusammen 47 Fällen mit 200 einzelnen Cocainversuchen, die letzten 21 Fälle sind an der Klinik Chrobak beobachtet. Sämmtliche Frauen litten an schwerster Dysmenorrhoe (leichtere Fälle wurden ausgeschlossen, namentlich solche, bei denen die Schmerzen nicht kontinuirlich einige Tage anhielten), ein Theil zugleich an mehr oder minder starken Lokalaffektionen des Uterus und der Adnexe (Cervixkatarrh, Parametritis, Perimetritis, Adnextumor, Stumpfexsudat). In 35 Fällen = 72% fiel der Cocainversuch regelmäßig positiv aus, auch gelang eine Fraktionirung des Versuches, die bewies, dass eine Cocainisirung der Genitalstellen am Septum (Tubercula septi) nur Kreuzschmerzen, die der unteren Muscheln nur die Leibschmerzen in den Hypochondrien beeinflusst. 17 von diesen »positiven« Fällen wurden weiter behandelt durch Ätzung mit Trichloressigsäure oder bipolarer Elektrolyse der Genitalstellen. Bei 12 Frauen war der Erfolg vollkommen, bei 5 unvollkommen, weil die hier angewandte Ätzung der Elektrolyse an Wirksamkeit erheblich nachsteht. Von den Geheilten sind 3 Frauen $1^1/_2$ bis $2^1/_2$ Jahre bei der früher enorm schmerzhaften Periode absolut schmerzfrei geblieben, die anderen Fälle sind noch zu jungen Datums. Die Cocainisirung geschieht mit einer Sonde, deren Knopf mit Watte umwickelt und mit 2 Tropfen einer 20%igen Cocainlösung befeuchtet ist, im Nasenspeculum. Sie ist leicht auch von einem Nicht-Rhinologen auszuführen. S. leugnet nicht »mechanische« Dysmenorrhoen, für welche ein Aufhören der Schmerzen bei Eintritt der Blutung charakteristisch ist. In allen Fällen aber, wo nach Eintritt der Menses die Schmerzen nicht aufhören, soll der Cocainversuch jeder anderen Therapie voraufgeschickt und bei positiverem Resultate die nasale Behandlung eingeleitet werden. **Stoeckel** (Bonn).

---

2) **F. v. Winckel** (München). Zur Behandlung der Gebärmutterzerreißung mit vollständigem oder unvollständigem Austritte der Frucht in die Bauchhöhle.

(Therapie der Gegenwart 1901. No. 1.)

Die Grundsätze, nach denen v. W. bei Uterusruptur handelt und für deren Motivirung er Fälle aus der Litteratur citirt so wie eigene Erfahrungen mittheilt, fasst er in dem Résumé seines Aufsatzes folgendermaßen zusammen: Bei nur theilweisem Austritte der Frucht aus dem Risse Extraktion der Frucht und der Placenta auf natürlichem Wege; im unmittelbaren Anschlusse daran Laparotomie zur Versorgung des Risses. Bei totalem Austritte der Frucht in die

Leibeshöhle sofortige Laparotomie. Ist der Riss einfach und glattwandig, so wird er durch eine Reihe tiefer Muskelnähte geschlossen und darüber eine sorgfältige fortlaufende Peritoneumnaht mit Katgut gemacht. Bei komplicirteren Rissen mit zerfetzten Rändern ist die Porro-Operation mit sehr sorgfältiger peritonealer Stumpfdeckung indicirt. In beiden Fällen ist die exakt gereinigte Bauchhöhle mit Weglassung jeder Drainage durch Etagennaht der Bauchdecken zu schließen. Nur bei manifester Infektion und sehr zerfetzter Cervix ist Drainage angebracht und die Totalexstirpation des Uterus der Amputation vorzuziehen. **Stoeckel** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 15. Januar 1901.

Vorsitzender: Herr Staude, vorher Herr Schrader.

Schriftführer: Herr Roesing.

Demonstrationen:

Herr Seeligmann zeigt Pulskurven von einer wegen Myom operirten Frau. Dieselbe zeigte Arhythmie des Pulses vor der Operation und in den ersten Tagen nach der Operation. Dann verschwand dieselbe, um mit Verlassen des Bettes wieder aufzutreten; auch bestand später verschwindende Verbreiterung der Herzdämpfung.

Derselbe zeigt ein myxomatös degenerirtes, großes, submuköses Uterusmyom. Dasselbe war so weich, dass der Verdacht der Gravidität erweckt wurde. Trotz Komplikation mit faustgroßem linksseitigen Adnextumor war dasselbe durch supravaginale Amputation zu entfernen. Drainage der Wundhöhle. Glatter Verlauf.

Derselbe zeigt eine nunmehr gesunde 37jährige Vpara. Dieselbe kam zu ihm mit Retroflexio uteri, Cervixriss und 2 Inguinalhernien. Zunächst wurde nach Emmet der Riss beseitigt und einige Tage später die doppelseitige Hernie radikal operirt. Gleichzeitig wurden die Ligg. rotunda aus den Bruchsäcken isolirt und aufgeknäult im Wundwinkel nach Alexander-Adams vernäht. In der Rekonvalescenz trat in Folge von Lungenembolie mehrtägiges Fieber auf.

Diskussion: Herr Calmann fragt, ob, wie in vielen seiner Fälle, die Ligg. rotunda verdünnt waren. In seinen 60—70 Fällen von Alexander-Adams und in den Litteraturberichten wurde nie Embolie beobachtet.

Herr Seeligmann: Die Bänder waren fast bleistiftdick. Sie wurden am Bruchsackhalse über der Fascie fixirt.

Herr Jaffé meint, der während der ganzen Rekonvalescenz frequente Puls spräche zwar für Embolie, doch sei nach Verlauf und Auftreten auch circumscripte Pneumonie wohl nicht ganz auszuschließen.

Herr Schrader ist auch dieser Ansicht, während Herr Calmann bei gleichem Verlaufe bei der Sektion Embolie sah.

Herr Kümmell hält im 1. Falle die Arhythmie nicht für bedingt durch das Myom. Myxomatöse Degeneration von Myomen sah er nicht selten. Auch er glaubt, dass Embolien meist stürmischer einsetzen. Lennander hat kürzlich Embolien als nicht so selten nach Operationen hingestellt. K. sah sie verhältnismäßig recht selten, nach Alexander-Adams wie nach Herniotomien nie. 2 kürzlich erlebte Fälle waren durch Herzdegeneration resp. durch Schenkelvenenthrombose (links nach Appendixexstirpation!) bedingt. Überhaupt ist die Schwere des Eingriffes von weit geringerer Bedeutung, als die Beschaffenheit des Herzens.

Herr Jaffé erinnert noch an die nervösen Arhythmien des Pulses, die für die Herzbeurtheilung ohne Bedeutung seien. Es gebe auch durch Dyspepsie bedingte Arhythmie, und Bouchard spricht von gastrischer Form derselben.

Herr Lomer weist auf die Arbeit von Hofmeier hin, der braune Atrophie des Herzmuskels bei Myomerkrankung ohne Pulsstörung beschreibt.

Herr Staude sah bei einer 3mal laparotomirten Frau jedes Mal kurz hinterher schwere Arhythmie und Orthopnoë eintreten mit Sinken der Pulszahl von 72 auf 48 Schläge. Er glaubt, dass die peritoneale Reizung hier gewirkt habe, wie beim Goltz'schen Klopfversuche. Sonst sah er die Arhythmie nicht in auffallender Weise nach Operation.

Herr Kümmell hält dieselbe dagegen gar nicht für selten, wie auch Herr Schrader und Herr Roesing betonen. Letzterer hält Morphium-Atropininjektion hier für werthvoll, was Herr Kümmell nicht voll bestätigen kann; manchmal sei Kognak hier sehr nützlich.

Sitzung vom 12. Februar 1901.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

I. Demonstration.

a. Herr Falk zeigt:

1) den carcinomatösen Uterus einer 60jährigen. Nur durch Curette entdecktes Corpuscarcinom. Die vaginal begonnene Exstirpation musste wegen ausgedehnter Rectumverwachsungen abdominell beendet werden. Die Adnexe bleiben auch dann noch zurück. Sie schienen unverdächtig, eben so die Iliacaldrüsen. Heilung.

2) eine manuell 12 Tage nach Abgang des 16 cm langen Fötus ausgeräumte Placenta. Dieselbe war fest verwachsen und hatte dieselben Beschwerden wie ein todtes Ei gemacht. Dieselbe Pat. hatte vor einem Jahre nach ca. gleichaltrigem Abort die Placenta 4 Wochen retinirt.

Diskussion: Auf die Fragen des Herrn Seeligmann begründet Vortr. die Erhaltung der Ovarien mit technischen Rücksichten. Er hat nach der Scheide tamponirt und darüber mit der Blase das Becken abgeschlossen.

b. Herr Mond demonstrirt:

1) ein über kopfgroßes, wegen Blasenbeschwerden und starker Blutungen abdominell exstirpirtes Uterusmyom;

2) einen vaginal wegen malignen Adenoms exstirpirten Uterus;

3) ein resecirtes Horn eines Uterus bicornis mit nussgroßem Coagulum. Daneben lag eine parametrane Schwiele um die Adnexe. Die andere Seite war gesund.

4) berichtet M. über ein inoperabel ihm zugeführtes Uteruscarcinom, das erst in allerletzter Zeit sich bemerkbar gemacht hatte.

5) über eine schwierige Abortausräumung. Die Cervix war wegen Ektropium vom Hausarzte mit 40%iger Chlorzinklösung betupft und danach so verschrumpft, dass blutige Spaltung nöthig wurde.

II. Vortrag des Herrn Staude: Meine Erfahrungen mit der Sectio caesarea.

S. berichtet über seine Kaiserschnittserfahrungen, und zwar über 13 Fälle von Sectio caesarea, bei denen 9mal Beckenenge, 1mal Eklampsie, 1mal Vaginalatresie, 1mal ein irreponibler Ovarialtumor, 1mal das Interesse des Kindes die Indikation zur Sectio abgaben. 4mal wurde die Porro-Operation gemacht, 8mal der Längsschnitt in der vorderen Wand, 1mal der quere Fundalschnitt nach Fritsch.

Die 4 Porrofälle wurden 3mal wegen absoluter Beckenenge, 1mal wegen Atonia uteri nach gleichzeitiger Entfernung eines doppelseitigen Ovarialtumors gemacht (letzter Fall cf. Deutsche med. Wochenschrift 1891 No. 41). Bei allen Porro-Operationen ist der Stumpf extraperitoneal behandelt worden. S. citirt kurz die Autoren, die bis in die letzte Zeit hinein vielfach noch die extraperitoneale Behandlung hierbei wählten, und betont deren Einfachheit.

Bei der Besprechung der 9 konservativen Kaiserschnitte, bei denen, was die Mittheilung der Fälle betrifft, auf die obige Deutsche med. Wochenschrift und das Centralblatt für Gynäkologie 1893 p. 777 verwiesen werden kann, werden nach einer Besprechung der Eklampsie als Indikation, die in der Deutschen med. Wochenschrift erörtert ist, 3 technische Fragen besprochen:

1) Wo soll man am besten einschneiden?

2) Was wird aus dem zurückgelassenen Nahtmaterial?

3) Wie soll man nähen?

Ad 3) spricht sich S. für eine sehr exakte Naht mit Seide aus. Eine symperitoneale Naht findet er nicht für absolut nothwendig, nachdem die 1. Naht mit Seide die ganze Dicke der Wand umgriffen hat und einige oberflächliche Nähte die Wundränder exakt an einander brachten.

Ad 2) liegt bei S. ein Fall vor eines 2. Kaiserschnittes an derselben Person, bei dem von den 2 Jahre vorher gelegten ca. 30 Seidensuturen nichts mehr zu finden war.

Ad 1) wurde 8mal ein sagittaler Schnitt gemacht, 1mal der Fundalschnitt nach Fritsch. Die Blutung war in diesem Falle auch recht erheblich, so dass eine besondere Erleichterung gegenüber dem sagittalen Schnitte nicht zu Tage trat.

(Selbstbericht.)

Die Diskussion ergiebt unter Betheiligung der Herren Falk, Calmann, Seeligmann, Roesing und Staude Übereinstimmung über die Resorption der Seide in den meisten Fällen. Der Fundalschnitt erfordert noch weitere Erfahrungen. Kaiserschnitt bei Eklampsie ist mit Vorsicht anzurathen.

Sitzung vom 26. Februar 1901.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

I. Demonstrationen.

1) Herr Seeligmann zeigt einen myomatösen, wegen Carcinom der Cervix und Scheide vaginal exstirpirten Uterus. Er polemisirt gegen das abdominelle Verfahren nach Rumpf, da man vaginal schonender und gründlich genug zum Ziele kommt.

2) Derselbe zeigt das Präparat einer Extra-uterin-Gravidität. Er ist geneigt, dieselbe als Ovarialgravidität anzusprechen, obwohl am Präparate eine sichere Unterscheidung von der Tubenschwangerschaft am Fimbrienende nicht mehr möglich ist.

In der Diskussion mit den Herren Falk und Mond erwähnt Herr Seeligmann die Gesundheit der anderseitigen Adnexe, das Fehlen eines Corpus luteum und von Ovarialgewebe überhaupt an der geschwängerten Seite.

3) Herr Mond berichtet über einen merkwürdigen Geburtsfall. Die um den Hals geschlungene Nabelschnur hatte den in der Wehe in der Vulva erscheinenden Kopf mehrfach in der Pause wieder zurückgezogen. Forceps. Das Kind hatte eine Kloake. Die glückliche Operation des Afters vom Damme her rettete das Kind.

Herr Seeligmann erwähnt dazu einen Fall von Kolostomie durch Dr. Tüngel. Das Kind blieb erhalten und lebt jetzt als 40jährige Frau, die einmal Sekretstauung im peripheren Darmende zeigte. Dieselbe wurde durch S. beseitigt.

II. Vortrag des Herrn Calmann: Über die forensische Bedeutung der gynäkologischen Untersuchung.

Die Untersuchung kann einerseits falsche Vorstellungen bei der Untersuchten erwecken, andererseits objektive kennzeichnende Spuren hinterlassen.

Die Sensibilität am weiblichen Genitale ist sehr mangelhaft entwickelt. Die Frauen können eine Berührung in den Eingängen des Genitalsystems nicht richtig lokalisiren, können auch die eingeführten Gegenstände nicht richtig beurtheilen. Sie verwechseln Katheterisiren, Scarificiren mit Sondiren des Uterus u. A. Um-

gekehrt kann man eine durch den Finger gedeckte Sonde unbemerkt in den Uterus bringen, auch die Vagina gänzlich mit schweren Fremdkörpern ausfüllen. Dies wird von gewerbsmäßigen Abortionisten ausgenützt.

Bei zarter, schlaffer, anämischer Schleimhaut (Puerperium) oder in der starren Scheide alter Frauen oder bei abnormer Straffheit in Folge von Tumoren oder Organverlagerungen im kleinen Becken kann bereits der untersuchende Finger einen Substanzverlust der Schleimhaut verursachen.

Durch Specula entstehen sogar Einrisse in ganz bestimmten Typen, die sich aus der Form der angewandten Instrumente ergeben. Für den Gerichtsarzt haben diese Befunde eine große Bedeutung als Zeichen einer rite ausgeführten Untersuchung. Siehe auch die Publikationen der hierfür ausgeführten eigenen Untersuchungen im Archiv für Gynäkologie Bd. LV. Hft. 2 und in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin 3. F. Bd. XVII Hft. 1. (Autoreferat.)

Neueste Litteratur.

4) Deutsche Dissertationen 1900.

1) J. Hillebrand (Greifswald). Stieltorsionen von Ovarientumoren nebst Anführung von 6 Fällen.

Speciell interessant in dem kasuistischen Beitrage ist der eine Fall, wo bei schon bestehender Peritonitis durch die Operation Genesung eintrat. — Von den übrigen Fällen ist einer eine akute Torsion, die beim ersten Anfalle die Operation nöthig machte. — Bei der gewöhnlich gradatim fortschreitenden Torsion ist die Diagnose auf letztere Komplikation nicht leicht zu stellen; diese indicirt die Laparotomie. Die Gefahren beim Abwarten bestehen besonders in Infektion des Kystoms oder ausgedehnter Thrombenbildung im Stiele.

2) P. Würst (Leipzig). Über einen Fall von primärem Carcinom der Vagina, komplicirt mit Schwangerschaft.

Der Fall wurde an der Leipziger Klinik im Jahre 1899 beobachtet. 41jährige VIIpara, im 7. Monate gravid. An der hinteren Vaginalwand ein handtellergroßer, breit aufsitzender Tumor, der sich von der hinteren Portiolippe nicht genau abgrenzen lässt. Tumor morsch, abbröckend, mit dem Rectum adhärent, dessen Schleimhaut jedoch intakt.

Spontane Fehlgeburt, ohne Komplikation; 8 Stunden später Operation des Neoplasmas; zuerst Exstirpation des Vaginaltumors und dann Totalexstirpation des Uterus. Heilungsverlauf normal. Nach weniger als 2 Monaten ging Pat. an Recidiv (rechtes Parametrium, Leisten- und Schenkeldrüsen) zu Grunde. Die schlechte Prognose wird durch die aus der Litteratur angeführten Fälle bestätigt. Sie drängt zu möglichst frühzeitigem Eingreifen. Erst vom 8. Monate ab soll auf das Kind Rücksicht genommen werden. In allen Fällen soll außer dem Vaginaltumor, event. der ganzen Vagina auch der Uterus und die Adnexe exstirpirt werden.

3) A. Mayer (Gießen). Ein Fall von Echinococcus im Beckenbindegewebe.

Der Echinococcus in der angegebenen Lokalisation ist relativ selten; bis zum Jahre 1897 waren 88 Fälle bekannt. Für die Gynäkologen liegt das Hauptinteresse in der Schwierigkeit der Diagnose. Der in Gießen beobachtete Fall imponirte als retrocervicales weiches Myom. Der Sack war nach allen Seiten stark adhärent und sehr schwer auszulösen; eine wahrscheinlich sekundäre Rectumperforation führte zur eitrigen Peritonitis. Für die Diagnose lassen sich keine bestimmten Anhaltspunkte aufstellen, Irrthümer sind nach allen Richtungen vorgekommen. was der Autor durch 13 geschickt gewählte Exempel aus der Litteratur illustrirt.

Die Therapie ist heute zu Tage eine rein chirurgische.

4) O. Beyer (Greifswald). Über Extra-uterin-Gravidität.

Martin ist Verfechter der operativen Therapie bei Extra-uterin-Gravidität; zum mindesten postulirt er die Entfernung des Eies selbst; Tube und Ovarium

können unter günstigen Umständen zurückgelassen werden; unter 12 Fällen machte Martin 9mal die Colpotomia ant., nur 3mal die Laparotomie. Mit erstgenannter Operation verband Martin 1mal die Salpingostomie; 1mal incidirte er die Tube und vernähte sie nach Entfernung des Eies; bei Retroflexion schloss er die Vaginifixur an. Alle Fälle beziehen sich auf die ersten Schwangerschaftsmonate; alle Frauen wurden geheilt.

5) A. Fischer (Gießen). Über den Werth der Symphyseotomie in der geburtshilflichen Praxis.

Erstgebärende: allgemein verengtes, rachitisch plattes Becken; Conjugata vera $7^1/_4$ cm, Kopf eingekeilt nach 2tägiger Geburtsdauer. Symphyse klafft um 4,5 cm; trotzdem Zange sehr schwer; Kind todt (Schädelbruch). Heilungsverlauf für Mutter gut, ohne Apparat; Beckenfunktion tadellos.

Löhlein räth, die Indikation für Symphyseotomie sehr einzuschränken und zwar auf Mehrgebärende, mit Conjugata vera von 6,5—8 cm. Kind soll in Schädellage liegen, der Kopf womöglich konfigurirt sein. Dem praktischen Arzte ist die Operation ganz zu widerrathen. — Die Arbeit bringt eine ausführliche kritische Beleuchtung der Frage.

6) E. Baer (Heidelberg). Einfluss der Prießnitz- und Heißwasserumschläge auf die Peristaltik.

Verf. machte Versuche an gynäkologisch Kranken und Wöchnerinnen der Art, dass einmal Wärmebeutel und dann Prießnitzumschläge auf den Leib applicirt wurden. Es ergab sich, dass dadurch die Darmthätigkeit wesentlich beeinflusst werden kann und zwar durch die Wärme im Sinne einer Verstärkung, durch Prießnitzumschläge im Sinne einer Verlangsamung der Peristaltik.

7) G. Hofmann (Jena). Über Placenta succenturiata.

Rein theoretische Erörterung über die Entstehung der Placenta succent. als einer Reflexoplacenta entsprechend der jetzt wohl am meisten verbreiteten Hypothese. Keine eignen Untersuchungen.

8) J. Bachauer (München). Ein Fall von künstlicher Frühgeburt mittels des Metreurynters.

Empfiehlt das Verfahren auf Grund eines Falles mit günstigem Erfolge für Mutter und Kind. Allgemein verengtes Becken. (Conjugata diagonalis 9); Geburt spontan, Dauer 57 Stunden.

9) O. C. Groß (Kiel). Über vaginalen Kaiserschnitt bei Carcinoma portionis im 6. Schwangerschaftsmonate.

Fügt einen neuen Fall zu den 8 bis jetzt publicirten.

2gebärende im 6. Monate; ausgedehntes, pilzförmiges Portiocarcinom; Metastasen im unteren Theile des Ligamentum latum. Exkochleation und Thermokauterisation der Neubildung, Entleerung des Uterus und vaginale Exstirpation desselben; Entfernung der Metastasen. — Normaler Heilungsverlauf nach der Operation. Nach einigen Monaten ausgedehntes Recidiv.

10) F. Kissing (Tübingen). Die geburtshilflichen Operationen der Kgl. Württ. Universitätsfrauenklinik zu Tübingen in der Zeit vom 1. Januar 1895 bis 1. Januar 1900.

Die Arbeit berichtet über 283 geburtshilfliche Operationen; i. e. 1 auf 8 Geburten. Ursachen dieser hohen Frequenz operativer Geburten sind die zahlreichen engen Becken (nach Sarwey 15,6%). — Interessant schien mir die Verschiebung im Verhältnisse der künstlichen Frühgeburten zum Kaiserschnitte, zu Gunsten des letzteren, (darunter 2 vaginale, 0% Mortalität). — Für nähere Details verweise ich auf die ausführlich gehaltene Arbeit. **O. Burckhardt** (Basel).

Schwangerschaft.

5) **Elis Essen-Möller.** Über Schwangerschaft und Geburt bei organischen Herzfehlern.

(Hygiea.)

Eine Herzhypertrophie in der Schwangerschaft hält Verf. aus physiologischen und klinischen Gründen für wahrscheinlich. Ausgehend von dieser Voraussetzung sucht er den nachtheiligen Einfluss der Schwangerschaft auf ein schon im Voraus hypertrophirtes Herz darzulegen. Besonders verhängnisvoll ist während der Geburt die Austreibungsperiode wegen der durch die Presswehen verursachten plötzlichen Drucksteigerungen im Thorax. Doch tritt der Tod meistens im Puerperium ein. Weder die Spiegelberg'sche noch die von Fritsch hierfür gegebene Erklärung findet Verf. genügend, da Beide einseitig nur die Druckverhältnisse beachten. Von besonderem Gewichte ist nach Verf.s Ansicht der Zustand der Herzmuskulatur. — Für die oft eintretende spontane Frühgeburt macht Verf. die erhöhte Venosität des Blutes verantwortlich. Die künstliche Frühgeburt will Verf. nur bei Kompensationsstörungen ausgeführt wissen, die sich nicht in anderer Weise beseitigen lassen. Während der Geburt soll die Eröffnungsperiode spontan verlaufen; dagegen hält Verf. für nöthig, bei Eintritt von Presswehen sofort die Geburt künstlich zu beendigen (Zange, Extraktion), um die Anstrengungen für das Herz während dieser Periode möglichst herabzusetzen. Wenn nöthig, hält er eine vorsichtige Narkose, auch mit Chloroform, für zulässig und macht besonders auf die geringen Mengen und die fast immer vermeidbare Excitation bei diesem Mittel gegenüber dem Äther aufmerksam. (Selbstbericht.)

6) **Elis Essen-Möller.** Studien über die Ursachen der Variabilität in der Nabelschnurinsertion der Placenta. Vorläufige Mittheilung.

Lund, **E. Malmström,** 1901.

Levret hatte behauptet, dass die Nabelschnur um so mehr excentrisch inserire, je tiefer an der Uteruswand die Placenta befestigt sei. Ausgehend hiervon hat Verf. zuerst nach Holzapfel's Methode den höheren oder tieferen Sitz des Mutterkuchens bestimmt und die Beziehungen der Nabelschnurinsertion zu diesem untersucht. Es ergab sich, dass kein bestimmter Zusammenhang zwischen der Nabelschnurinsertion und dem Placentarsitze nachzuweisen war. Im Anschlusse hieran hat Verf. 72 Placenten aus früheren Schwangerschaftsmonaten untersucht und dabei gefunden, dass je jünger die Placenta ist, um so häufiger wird die centrale Insertion gefunden, während dagegen mit Fortschreiten der Schwangerschaft die centrale Insertion um so seltener wird. Weiter werden die Processe bei der Eieinbettung und den früheren Placentationsstadien besprochen. Die Ursache der velamentösen Insertion sieht Verf. darin, dass das Ei mit der Embryonalanlage (und somit auch mit der Insertion des Bauchstieles) an der dem Uteruscavum zugewandten Seite sich einbettet. Die prädisponirenden Momente sucht er in Übereinstimmung mit anderen neueren Autoren in Anomalien der Uterusschleimhaut (Endometritis o. dgl.), hält aber die neulich geäußerte Vermuthung, dass dies dadurch geschehe, weil durch die Endometritis günstigere Ernährungsbedingungen von der Reflexa geschafft werden, für nicht glücklich und auch nicht nothwendig. (Selbstbericht.)

7) **A. O. Lindfors.** Zur Lehre von der frühzeitig unterbrochenen Tubarschwangerschaft.

(Upsala Läkareförenings Förhandl. Bd. VI. Hft. 5 u. 6.)

Die Arbeit ist hauptsächlich referirender Natur und enthält nichts Neues. Im Anschlusse an 3 vom Verf. beobachtete Fälle wird die Lehre von der frühzeitigen

Tubarschwangerschaft kurz besprochen. Bemerkenswerth ist nur, dass in den 3 Fällen das Corpus luteum im Eierstocke der der schwangeren Tube entgegengesetzten Seite sich befand. **Elis Essen-Möller** (Lund).

8) G. Schwarzwäller (Stettin). Zur Fruchtabtreibung durch Gifte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 7.)

S. hat im Laufe von 5 Jahren unter 300 Aborten nicht weniger als 18 kriminelle (von Mitte Oktober bis Anfang December 1900 allein 4) und zwar alle durch Bleipräparate hervorgerufen, beobachtet. Er hat das verwandte Präparat nie zu Gesichte bekommen; es wurde meist als Silberglätte, Bleiweiß oder Bleiglätte bezeichnet. Die eingenommene Dosis soll eine Messerspitze bis einen Theelöffel voll betragen haben. In allen Fällen bestand starke Blässe der Haut und Schleimhäute; der Hämoglobingehalt schwankte zwischen 60—80% nach Gowers. Der Urin war stets eiweißfrei. Das Abdomen war druckempfindlich und eingezogen, der Puls etwas verlangsamt. Die Pat. klagten über kolikartige Schmerzen, deren Ursache zuvor nicht erkannt worden war. Meist war Magenkatarrh, Nierenkolik oder Eierstocksentzündung diagnosticirt. Das Zahnfleisch zeigte typischen Bleisaum. Außer in einem Falle gelang es S. stets, ein Geständnis herbeizuführen. Zuvor wurde immer eine bestimmte Ursache für den Abort angegeben: Ausgleiten, Heben schwerer Lasten etc.

Einen Todesfall hat Verf. trotz schwerster Vergiftungserscheinungen nicht beobachtet, ja es trat in allen Fällen Genesung ein. Bei 2 Pat. trat der Abort trotz schwerer Erkrankung nicht ein. Meist erfolgte derselbe erst nach Wochen und verlief selbst in verschleppten Fällen ohne Fieber. Irgend welche nervöse Störungen, Anästhesie, Lähmungen, Gehirnstörungen wurden nie wahrgenommen.

Therapeutisch bewährten sich außer Opium und Jodkali besonders Einreibungen von trockenem, gepulvertem Schwefel in die Haut.

Graefe (Halle a/S.).

9) E. J. Kinkead (Dublin). Epitheliom der Cervix, in der Schwangerschaft entfernt. Vaginale Hysterektomie nach der Entbindung.

(Dublin journ. of med. science 1901. Februar.)

28jährige Multipara, im 8. Monate, mit hühnereigroßem Epitheliom der vorderen Lippe. Letzteres wird wegcurettirt und mit Eisenchlorid behandelt. Nach 8 Wochen erscheint sie wieder, mittlerweile mit Kunsthilfe (wegen des wieder gewachsenen Tumors) entbunden; vor 14 Tagen Alles günstig zur Totalexstirpation. Am 25. Mai 1900 wird die Geschwulst zunächst wieder entfernt, und am 9. Juni die Totalexstirpation gemacht. Blutstillung durch Brüchigkeit der Gewebe sehr erschwert. Nachblutung, wenige Stunden nach Beendigung der Operation, erfordert neue Ligatur des rechten Ligamentes; wieder einige Stunden später ist verschiedentliches Nähen und Anlegen einer Klammer von Nöthen. Letztere wird 3 Tage später wieder entfernt. Am 16. und 17. Tage entleert sich massenhafter Eiter aus der Gegend des rechten Ligamentes (von da an normale Temperatur), und am 22. Tage wird ein hoch oben im Becken zurückgelassener und vergessener Gazestreifen entfernt. Genesung. **Zeiss** (Erfurt).

10) F. Monin (Lyon). Behandlung der Hyperemesis gravidarum mit großen Dosen Natr. bicarbon.

(Lyon méd. 1901. Januar 27.)

M. geht dabei von der Annahme aus, dass es sich hier um eine Sekretionsanomalie und zwar, statt der normalen, intermittirenden, um eine konstante Absonderung des Magensaftes handelt. Er giebt Natr. bicarbon. in Cachets à 2,0 täglich 5—6mal, ja nöthigenfalls noch viel öfter, in den Zeiten zwischen den Mahlzeiten, nach Beendigung der Verdauung. Seine Erfolge damit sind, wie er berichtet, sehr befriedigend. Ganz schwere Fälle hatte er allerdings in der Zeit dieser Versuche nicht Gelegenheit zu behandeln. **Zeiss** (Erfurt).

11) S. S. Cholmogorow. Habitueller Abort und habituelle Frühgeburt.

(Journ. Akusch. i jensk. Boljesn. 1900. No. 11 u. 12. [Russisch.])

Auf Grund von 49 Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Bei habituellem Aborte oder habitueller Frühgeburt ohne gewöhnliche Gründe muss man, um lebende, gesunde Kinder zu erzielen, während der Schwangerschaft eine Quecksilber- und Jodkaliumkur machen.

2) Eben so bei Syphilis des Vaters oder der Mutter.

3) Jodkalium allein ist in diesen Fällen nicht genügend.

4) Ungenügende und nachlässige Quecksilberkuren haben keinen Zweck: man erzielt statt eines macerirten ein lebendes, aber krankes Kind.

5) Eine gut während einer Schwangerschaft durchgeführte Kur genügt, um lebende und gesunde Kinder zu haben. In anderen Fällen genügt die Kur nur für eine Schwangerschaft, d. h. es wird nur ein gesundes Kind geboren. Die nächste Schwangerschaft wird unterbrochen. In diesen Fällen muss man wieder bei der nächsten Schwangerschaft eine sorgfältige Kur durchführen.

6) In einigen Fällen muss man die Kur 3mal durchführen.

7) Bei den Pat., bei welchen nach einer gut durchgeführten Kur ein lebendes, gesundes Kind geboren wurde, ist bei nächsten Schwangerschaften Jodkali zu empfehlen.

8) Bei den Pat., bei welchen nach einer während der Schwangerschaft gut durchgeführten Kur ein lebendes, aber schwaches, kränkliches Kind geboren wurde, muss man bei der nächsten Schwangerschaft noch einmal eine volle Kur durchführen.

9) Wenn die Pat., welche an habituellem Aborte leidet, sich mit Symptomen des drohenden Abortes an den Arzt wendet, wird zuerst Jodkali gegeben. Nach vorübergegangener Gefahr muss man eine Quecksilber- und zum Schlusse Jodkur einleiten.

10) Eben so muss man nach unterbrochener Schwangerschaft verfahren.

M. Gerschun (Kiew).

12) J. S. Kalabin. Ein Fall von Myxoma chorii, welches Ursache einer fehlerhaften Diagnose der Graviditas extra-uterina war.

(Journ. Akusch. i jensk. Boljesn. 1900. No. 11. [Russisch.)

Pat. 29 Jahre alt. Letzte Menstruation am 12. März 1900. Bis zum 2. Juni fühlte sich Pat. wohl. Seit dieser Zeit Blutung, die mit kurzen Intervallen bis zum 8. Juli dauerte. Während der ganzen Zeit fühlte die Pat. wehenartige Schmerzen im unteren Theile des Leibes. Von einem Gynäkologen wurde extrauterine Schwangerschaft diagnosticirt. Da Verf. bei bimanueller Untersuchung ein entzündetes Ovarium fühlte, wurde diese Diagnose ausgeschlossen und Abortus incipiens diagnosticirt. Nach 2 Tagen konnte der Finger in der Uterushöhle Blasen der Traubenmole fühlen. Die Mole wurde sofort entfernt und die Kranke gesund entlassen.

M. Gerschun (Kiew).

13) J. A. Woff. Zur Symptomatologie und Therapie der Extrauterin-Schwangerschaft.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. No. 11. [Russisch.])

Verf. bespricht alle möglichen Ursachen der Extra-uterin-Schwangerschaft und beschreibt seine eigenen 12 Fälle. Seiner Meinung nach ist Operation indicirt in allen Fällen von progressiver oder in seiner Entwicklung stehen gebliebener Extra-uterin-Schwangerschaft, in allen Fällen von akuter oder sich wiederholender innerer Blutung wegen des Platzens der schwangeren Tube oder bei Tubarabort, bei sich wiederholender Blutung wegen des Platzens des Hämatocelensackes und bei Hämatocelen, welche in Eiterung begriffen sind und Störungen seitens der Nachbarorgane hervorrufen.

M. Gerschun (Kiew).

14) **Bland Sutton.** Chirurgische Eingriffe während der Schwangerschaft und bei der Geburt wegen Beckengeschwülsten.

(Lancet 1901. Februar 9, 16 u. 23.)

In 3 klinischen Vorlesungen hat sich Verf. zu obigem Thema geäußert. Zunächst giebt S. die Krankengeschichten zweier Fälle: einmal versperrte eine Dermoidcyste das kleine Becken und war erst nach Ausführung des Kaiserschnittes zu erreichen, und das zweite Mal war es gelungen, einen Tumor aus dem kleinen Becken nach oben zu drängen, so dass die Geburt spontan erfolgte. Jedoch ging die betreffende Frau trotz vorgenommener Köliotomie am 4. Tage post partum an Peritonitis zu Grunde, für die außer Stieldrehung des Tumors keine Ursache gefunden werden konnte. Unter Anziehung der einschlägigen Litteratur übt Verf. hierauf Kritik an den in Vorschlag gebrachten therapeutischen Eingriffen. Die Punktion des Tumors von der Scheide aus (Hermann) wird als unchirurgisch verworfen. Eröffnung der Cyste mit Annähung ihrer Wundränder an die Scheide (Fritsch) lässt S. gelten, eben so die Entfernung der ganzen Cyste per vaginam (Dakin). Ein Entbindungsverfahren, das nur das Kind zerstückelt, ohne auf das Passagehindernis Rücksicht zu nehmen, darf nicht unternommen werden. Auch die jetzt übliche Anschaunng der Geburtshelfer, zunächst die Reposition des Tumors zu versuchen und später eine Operation vorzunehmen, kann S. nicht acceptiren. Er befürchtet Ruptur der Cyste, Stieldrehung und — wenn die Reposition in der Schwangerschaft vorgenommen wurde — auch Abort. Da es erfahrungsgemäß auch häufig Dermoidcysten sind, die das Becken versperren, so ist in der Schwangerschaft (namentlich in den ersten 4 Monaten) und ebenfalls bei der Geburt, wo der Tumor ein Hindernis darbietet, die sofortige Ovariotomie vorzunehmen. Ist aber die Geburt bei einem Ovarientumor per vias naturales von statten gegangen, so ist im Wochenbette baldigst die Ovariotomie vorzunehmen, da Komplikationen (Stieldrehung, Vereiterung) zu befürchten sind.

Die Gefahren des Zusammentreffens von Schwangerschaft und Fibromyom behandelt S. in seinem 2. Vortrage. Man kann die Gefahren folgendermaßen zusammenfassen: 1) Die Gegenwart des Tumors führt nicht nur zur Einkeilung, sondern auch zu Abort, wobei die Mutter verbluten kann; 2) ein submuköses Myom kann im Wochenbette vereitern, nur selten wird es vor der Geburt des Kindes ausgestoßen; 3) ein submuköses Myom kann ödematös werden, sich entzünden und zu Peritonitis führen; 4) gelegentlich haben subseröse Myome einen so langen Stiel, dass sie mit Ovariencysten verwechselt wurden. — Ein frühzeitiges, wenn nicht das früheste Anzeichen, was eine schwangere Frau darbietet, sind Schmerzen, die in der Mehrzahl der Fälle durch die Einkeilung bedingt sind; daneben kommt Urinretention vor. Findet man, dass Myome schnell wachsen, so soll man auch stets an eine eingetretene Gravidität denken. Zur Beseitigung der geklagten Schmerzen und bei fehlerhafter Diagnose wurden vom Vortr. 3mal subseröse Myome enukleirt, ohne dass die Schwangerschaft gestört wurde. Die Hysterektomie ist in allen Fällen gerechtfertigt, bei denen man durch genaue Untersuchung zu der Überzeugung kommt, dass die Geburt auf natürlichem Wege nicht möglich sein wird. Kommen derartige Frauen erst bei der Geburt in die Behandlung, so kann man versuchen, den Tumor nach oben zu drängen, muss aber im Puerperium bei gefährlichen Anzeichen sich sofort zur Köliotomie entschließen. Statt des Kaiserschnittes mit nachfolgender Myomektomie wird in den letzten Jahren auch mit bestem Erfolge die Hysterektomie vorgenommen. Will man die Gefahren von Eierstocksgeschwülsten bei Schwangeren und von Myomen vergleichen, so kann man sagen, dass die Eierstocksgeschwülste zwar häufiger Schwangerschaft und Geburt stören, dass Myome aber häufiger zum Tode führen, und zwar der Sepsis im Wochenbette wegen.

Im 3. Vortrage stellt S. die Störungen zusammen, die durch Cervixcarcinome, verlagerte Eingeweide, alte Extra-uterin-Graviditäten u. dgl. m. in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbette entstehen können. Die Angaben über die Komplikation mit Krebs enthalten wenig Neues. Vortr. vermuthet wegen des schnellen Wachsthums, dass die Geschwulst nicht länger besteht, als der Eintritt

der Gravidität erfolgt ist. Einmal hat S. einen graviden Uterus in der Cervix amputirt und die Entwicklung des Kindes dem Assistenten überlassen. Wallace amputirte die carcinomatös erkrankte Cervix, und die Geburt erfolgte später spontan. Allerdings trat das Recidiv bald ein. Wegen Mastdarmkrebs führte Hulke an einer Frau die Kolotomie aus und Duncan alsdann am normalen Schwangerschaftsende den Kaiserschnitt. Mehrfach sind auch Dermoide, die hinter dem Rectum saßen, in der Gravidität operirt (Skutsch). Vortr. entsinnt sich einer Frau, die 2 Geburten ohne Schwierigkeiten überstand, trotzdem die Niere in der Kreuzbeinaushöhlung lag. Im Mai v. J. entfernte S. im 2. Schwangerschaftsmonate die vergrößerte und verlagerte Milz. Die Schwangerschaft verlief ungestört. Die gefährlichste Komplikation ist jedenfalls, wenn uterine und extra-uterine Gravidität gleichzeitig vorhanden sind und ihr Ende erreichen; nur Ludwig rettete Mutter und beide Kinder. **Rissmann** (Osnabrück).

Verschiedenes.

15) **R. Sauter** (München.) Über Haematocele pelvis bei Hyperaemia mechanica universalis und ihre Folgezustände. (Aus Prof. Chiari's path.-anat. Institut.)

(Zeitschrift für Heilkunde. Bd. XXI. Hft. 7.)

Blutungen in den Douglas'schen Raum kommen leicht zu Stande, wenn zur menstruellen Kongestion besondere sie steigernde Momente hinzutreten, z. B. Heben schwerer Lasten, stürmischer Coitus etc., außerhalb der Menstruation durch Bersten von ovariellen Blutcysten oder von Varicositäten im Ligamentum lat., ferner durch Ruptur der schwangeren Tube oder durch Tubarabort, entschieden die häufigste und zugleich einzige Ursache für beträchtliche Hämatocelen, weiter bei Pelveoperitonitis haemorrhagica aus den Gefäßen neugebildeter perimetritischer Membranen. Spontane Blutungen kommen bei hämorrhagischer Diathese, wie bei Typhus, Variola, Scarlatina etc., vor; endlich treten bei Leiden, welche zu allgemeiner venöser Stauung führen, Herzfehler, Lungenemphysem u. A., viel häufiger, als von den Gynäkologen bisher beachtet wurde, Blutungen auf, welche durch ihre Folgezustände für den Genitalapparat nicht ganz ohne Bedeutung sind. Die Häufigkeit ergiebt sich daraus, dass S. während eines Vierteljahres bei 14 weiblichen Leichen, welche den Befund einer höhergradigen Hyperaemia mechan. darboten, nicht weniger als 7mal Hämorrhagien in das Cavum Douglasii resp. deren Folgezustände konstatiren konnte.

In allen diesen Fällen bestand keine eigentliche Genitalaffektion, obwohl das Peritoneum des Douglas'schen Raumes durch Bindegewebsneubildung verdickt erschien, deren Entstehung schon makroskopisch sich auf aufgelagerte Thrombusmassen zurückführen ließ, eine Annahme, die auch durch die stets nachweisbare Pigmentation gestützt wurde. Eben so sprach der mikroskopische Befund mit voller Sicherheit dafür, dass in allen diesen Fällen ausschließlich (wiederholte) Hämorrhagien die Verdickungen und ausgedehnten Adhäsionsbildungen des Peritoneums verursacht hatten, indem sich die einzelnen Stadien der Organisation der aufgelagerten Blutmassen analog den Veränderungen eines Gefäßthrombus, einschließlich der Verkalkung, deutlich an Fällen verschiedenen Alters nachweisen ließen. Die chronische Adhäsivperimetritis entsteht somit nicht nur durch infektiöse Erkrankungen, seien sie puerperaler oder gonorrhoischer Natur, sondern in (selteneren) Fällen auch durch universelle venöse Stauung. Der klinische Nachweis ist oft schwer, weil solche Blutungen zunächst vollständig symptomlos verlaufen können, doch soll die Möglichkeit dieser Entstehung von Membran- und Strangbildungen im Cavum Douglasii in Fällen, in denen keine primäre Erkrankung des Uterus und seiner Adnexa vorliegt, stets im Auge behalten werden, besonders bei Individuen, die an Herz- oder Lungenkrankheiten mit Venostase leiden und dadurch eher zu intraperitonealen Hämorrhagien disponirt sind.

Anatomisch ist diese Form der Perimetritis nur in ihren frühen Entwicklungsphasen sicher zu konstatiren. **Piering** (Prag).

16) M. Sänger (Prag). Die Frauenklinik im Kaiser Franz Joseph-Pavillon im Allgemeinen Krankenhause in Prag.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 35.)

Ausführliche (auch in Buchform, Prag, Bellmann, erschienene) Beschreibung der inneren Einrichtungen mit zahlreichen Tafeln. Die Klinik in ihrem Neubaue ist gegenwärtig eine der besteingerichteten in Österreich. **Piering** (Prag).

17) C. Ploc (Prag). Ein Beitrag zum Thymustod[1].

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 30, 31.)

Pat., 16 Jahre alt, wurde von Bayer wegen Kryptorchismus operirt. Schon nach wenigen Athemzügen traten allgemeine zitternde Muskelzuckungen, ähnlich dem Frostschauer, jedoch ohne Kältegefühl auf, zugleich athetotische Bewegungen der Finger. Nach Verlauf von 26 Minuten, während kaum 40 g Chloroform von tadelloser Beschaffenheit verbraucht worden waren, trat plötzlich nach einigen Würgbewegungen der Tod durch Syncope des Herzens auf, $^3/_4$stündige Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg. Nachdem Bayer bereits früher (Médécine scientifique 1895, Mai) jene eigenthümlichen zitternden Muskelbewegungen als charakteristisch für die Diagnose der Persistenz der Thymus beschrieben hatte, wurde sofort diese Annahme ausgesprochen. Die Sektion bestätigte die Persistenz einer 9 cm langen und 5 cm breiten Thymus, zugleich mit Hyperplasie des gesammten lymphatischen Apparates und kombinirt mit geringgradiger Enge der Aorta, sämmtlich Erscheinungen, welche Paltauf als Kennzeichen der lymphatisch-chlorotischen Körperkonstitution bezeichnet, eine Anomalie, bei der schon geringe äußere Reize eine schwere Schädigung der intrakardialen Centren mit plötzlichem Tode hervorrufen können. Der Tod mag hier nach Nordmann durch die plötzliche Turgescenz der Thymus während der Würgbewegungen, welche zu Kompression der großen Gefäße und der Herznerven führten, bedingt worden sein. In dieser anomalen Konstitution mag auch die Ursache vieler plötzlicher Todesfälle liegen, wie sie bereits vor Einführung der Narcotica bekannt waren und die später oft genug fälschlich dem Chloroform zur Last gelegt wurden. Als Beweis hierfür erwähnt P. noch einen Fall, in dem als Ursache des ganz unvermuthet eingetretenen Todes die Sektion ein Lymphosarkom der Thymus aufwies.

Piering (Prag).

18) Jeannel. Über die Technik der Schröder'schen Portioexcision.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 10.)

Die neue Methode, welche die Portioexcision allerdings sehr vereinfacht, ist ohne Abbildungen nicht zu referiren. Sie besteht darin, dass mittels eines einzigen, in sinnreicher Weise geführten Fadens beide Lippen gut gedeckt werden, ohne dass das Orificium uteri verengt wird. **Witthauer** (Halle a/S.).

19) B. J. Kouwer (Utrecht). Integrale Statistik der großen Operationen vom 20. Januar bis 31. December 1899.

(Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecologie 1900. 11. Jaarg.)

Diese Statistik umfasst 62 Operationen. Es wurde operirt wegen Ovarientumor 12mal (Laparotomie), Fibromyoma uteri 15mal (abdominal 12, vaginal 3 mit 2 Todesfällen). Salpingo-oophoritis 4mal (abdominal, 1 Todesfall), Carcinoma uteri aut vaginae 4mal (abdominal 1, 1 Todesfall, vaginal 3, 1 Todesfall), Menorrhagie 2mal (vaginale Exstirpation), Retroflexio uteri 6mal (Alexander-Adam 5, intraabdominelle Verkürzung 1), Peritonitis tuberculosa 1mal (Laparotomie, 1 Todesfall), retroperitoneale Lymphcyste 1mal (Laparotomie, 1 Todesfall), Sectio caesarea Porro 1mal, Prolapsus uteri 14mal, Ureterfistel 1mal, Perforationsperitonitis 1mal. Die Operationen vertheilen sich über 575 Pat.

---

[1] Vgl. Centralbl. f. Gyn. 1900. p. 720.

Der Statistik geht voraus eine Mittheilung über Technik der Desinfektion, Sterilisation des Naht- und Verbandsmaterials, Vorbereitung der Pat., Bauchnaht etc. Die interessanteren Fälle werden ausführlich mitgetheilt.

Semmelink (Leiden).

20) **Biermer** (Magdeburg). Über operative Retroflexionsbehandlungen.

(Therap. Monatshefte 1900. November.)

B. pflichtet der Winter'schen Anschauung bei, dass bei vorhandenen Komplikationen die Lageveränderung meistens bedeutungslos ist, nur in einer Reihe von Fällen, namentlich bei entzündlichen Processen, mittelbar an den Beschwerden betheiligt ist, und dass die verschiedenartigen Komplikationen die Beschwerden besser erklären, als die Retroflexio. Die unkomplicirten Fälle dagegen, die er, nicht wie Wintzer, zufällig fand, sondern die ärztliche Behandlung suchten und die auch keine frischen, postpuerperalen Fälle waren, sondern unkomplicirte Retroflexionen bei schwer arbeitenden Nulliparen, verlangten eine Richtigstellung.

Die von einer mobilen Retroflexio herrührenden Beschwerden heilt das Pessar. Der Alexander-Adams-Operation haften verschiedene Mängel an, so der, dass sie gar keinen Einblick in das Gebiet gestattet, von dem die Beschwerden ausgehen, zweitens ist nach Verf.'s persönlichen Erfahrungen das Lig. rotundum kein so konstantes Gebilde, um auf dasselbe als festes Fixationsband mit Sicherheit rechnen zu dürfen. Am besten bewährte sich die typische Ventrofixation. Die Vaginofixationen verwirft er ganz bei fixirter Retroflexio und bei Frauen im zeugungsfähigen Alter. **Witthauer** (Halle a/S.).

21) **M. Moullin** (London). Präventivoperation bei akuter Appendicitis.

(Edinb. med. journ. 1900. April.)

M. plaidirt lebhaft für möglichst frühes Operiren, und zwar nicht für die jetzt sog. Frühoperation, am 4. oder 5. Tage, wenn das Abdomen schon aufgetrieben, der Darm gelähmt und mehr oder weniger allgemeine Peritonitis schon ausgebrochen ist, sondern bereits nach 36—48 Stunden. Schaden könne man unter jetzigen Verhältnissen seinen Pat. durch eine so frühzeitige Incision nicht, wohl aber, bei der Unberechenbarkeit der Fälle, unendlich oft schwer bedrohliche Ereignisse vermeiden, und hierdurch oft genug das Leben retten. Schon im raschen Steigen des Pulses allein sieht er, wenn auch noch alle anderen typischen Zeichen beginnenden schweren Verlaufes fehlen, Indikation zur präventiven Operation.

Zeiss (Erfurt).

22) **F. Neugebauer.** Bericht über die im Allgemeinen Krankenhause in Mähr.-Ostrau operativ behandelten Fälle von Appendicitis.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 37. 38.)

Sämmtliche 20 Fälle sind glatt genesen und durch Entfernung des ganzen Wurmfortsatzes resp. seiner Reste (auch dann, wenn es sich um Eröffnung von großen perityphlitischen Abscessen handelte) dauernd geheilt worden. Nur bei Fällen mit akuter Gangrän und septischer Allgemeinperitonitis, so wie bei Eröffnung von Abscessen wurde im akuten Stadium, sonst stets in der anfallsfreien Zeit, wie jetzt üblich, operirt. Ein Fall bewies die Möglichkeit der Bildung eines appendicitischen Abscesses auf der linken Seite bei rechtsliegendem Wurmfortsatze in unumstößlicher Weise; mancher unklare Fall von Bauchdeckenabscess mit manchmal gasigem, immer aber fäkulent riechendem Inhalte, so wie eine Reihe von subphrenischen Abscessen findet hierdurch die richtige ätiologische Erklärung. In der Besprechung der Fälle wird auch der Beziehungen zwischen den entzündlichen Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der Genitalien gedacht. Einmal war bei gonorrhoischer Adnexerkrankung der stark veränderte Appendix in die Verwachsungen der Tube, einmal in die Adhäsionen der rechtsseitigen Adnexa bei einem großen Uterusmyom mit einbezogen. In letzterem Falle ergab die Anamnese, dass keine primäre Erkrankung der Adnexe, wohl aber vor 10—12 Jahren

mehrere perityphlitische Anfälle da waren. Sehr interessante Aufschlüsse bringt N. über die weniger typischen, sog. larvirten Formen (Ewald) der Appendicitis. Die Beschwerden in diesen Fällen betreffen wohl auch den Magen-Darmtrakt, sind aber in keiner Weise besonders charakteristisch, auch ein typischer Anfall ist nicht vorangegangen. Erst wenn sich der Verdacht des Arztes auf Appendicitis lenkt, erinnert sich der Pat. wohl, einmal vorübergehend Schmerzen in der Ileocoecalgegend gehabt zu haben. Solche nicht erkannte Appendicitiden mögen oft genug als Magen- oder Darmkatarrhe behandelt werden. Darin liegt weder ein großer Fehler, noch eine Gefahr. Anders aber, wenn der Träger einer Appendicitis larvata einen rechtsseitigen Leisten- oder Schenkelbruch, eine Retroversio uteri oder ein anderes Leiden an sich hat, welches die appendicitischen Beschwerden stark zu maskiren vermag. Hier besteht die große, bisher in der Litteratur nicht gewürdigte Gefahr, dass der Arzt dieses gleichzeitig vorhandene, leicht erkennbare Leiden auf chirurgischem Wege beseitigt, ohne Hilfe zu bringen. Anfangs durch Zufall (Nothwendigkeit der Eröffnung des Bruchsackes wegen Adhäsionen, große Bruchöffnung, durch welche das Coecum sammt dem erkrankten Fortsatze in den Gesicht- oder Tastbereich hervorgezogen wurde) zur Kenntnis der Erkrankung des Appendix gebracht, achtete N. seitdem besonders auf diese versteckten Formen und kann so über im Ganzen 8, stets mit anderen Leiden vergemeinschaftete Fälle berichten, bei denen nur Verdacht auf Appendicitis vorhanden war, die dann durch die Operation entdeckt und geheilt wurde. 4 Fälle davon betrafen rechtsseitige Inguinalhernien, 4 Magen-Darmbeschwerden unbestimmterer Natur bei Retroflexio uteri (theils mit Endometritis kombinirt). Im ersten Falle dieser Art, eine Virgo betreffend, ließ nur das Erbrechen und eine leichte Empfindlichkeit rechts den Verdacht auf Appendicitis aufkommen. N. unternahm die Operation nach Alexander-Adams (nach Kümmel), erweiterte die Öffnung des rechtsseitigen Schnittes, so dass der Wurmfortsatz vorgezogen werden konnte, und fand thatsächlich entzündliche Veränderung mit Eiter im Lumen. In allen 8 Fällen handelte es sich, wie auch in den Ewald'schen Fällen, um die katarrhalische Form der Appendicitis. Einmal fand N. im Lumen Kugeln von metallischem Quecksilber. Bei Beschwerden rechtsseitiger Brüche, so wie bei Erkrankungen der weiblichen Genitalien soll also eingehend die Anamnese dahin gerichtet sein, larvirte Formen von Appendicitis über dem augenfälligen Leiden nicht zu übersehen. (Die interessante Arbeit bringt keine Litteraturangaben, sonst hätte Sänger's Vorschlag, bei jeder Laparotomie den Wurmfortsatz zu besichtigen, nicht unerwähnt bleiben dürfen. Ref.) **Piering** (Prag).

23) **Rille.** Vaginal- und Uterussyphilis.

(Sepratabdruck aus der Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften.)

A. Vaginalsyphilis.

Primäraffekt in der Vagina selten; einzeln oder kombinirt mit anders lokalisirten; nichts Charakteristisches. — Am häufigsten an der hinteren Vaginalkolumne. Inguinaldrüsen nur befallen, wenn Primäraffekt im unteren Dritttheil der Vagina. —

Sekundärsyphilitische Exantheme äußerst selten.

Tertiäre Syphilis ebenfalls selten, als Gumma oder Geschwüre; letztere nicht charakteristisch, führen aber oft zu Narben- und Fistelbildungen.

B. Uterussyphilis.

Primäraffekt an der Portio sehr häufig, im Uteruscavum bis jetzt nicht bekannt. Sekundäre Syphilis macht in seltenen Fällen Plaques muqueuses an der Portio.

Gummata der Portio sind etwas häufiger, aber ohne besondere Charakteristica.

O. Burckhardt (Basel).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjährige Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. **Sonnabend, den 25. Mai.** **1901.**

Inhalt:

IX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Bis zum 11. Mai sind noch folgende Vorträge und Demonstrationen angemeldet worden:

81. *R. Knorr (Berlin). Erfahrungen über die Behandlung der Dysmenorrhoe nach dem Flies'schen Verfahren.*
82. *Nijhoff (Groningen). Warum löst sich unter normalen Verhältnissen die Placenta erst nach der Geburt des Kindes?*
83. *O. Aichel (I. Assistenzarzt der Erlanger Frauenklinik, als Gast). Über die künstliche Darstellung der Blasenmole beim Thiere.*
84. *Derselbe. Demonstration eines neuen elektrischen Thermokauters.*
85. *Muret (Lausanne). Demonstration.*

Löhlein *(Gießen).*

I.

(Aus der gynäkologischen Abtheilung des Krankenhauses der Elisabethinerinnen in Breslau. Prof. Pfannenstiel.)

Hämoglobinurie bei Stieltorsion eines Ovarialkystoms.

Von

Dr. **Karl Kober**, Assistenzarzt.

Die Feststellung der Stieltorsion eines Ovarialtumors bietet in der Regel keine erheblichen diagnostischen Schwierigkeiten. Wenn eine Pat., deren Vorgeschichte das Vorhandensein einer Eierstocksgeschwulst nahe legt, plötzlich unter heftigen peritonitischen Reizerscheinungen, Pulsbeschleunigung, vielleicht auch Singultus, Erbrechen erkrankt, so werden wir in der Mehrzahl der Fälle nicht fehl gehen, diese Komplikation anzunehmen. Diesen landläufigen klinischen Symptomen möchte ich nun eins anreihen, das — so weit ich aus der mir zustehenden Litteratur ersehen konnte — sonst noch nicht beobachtet worden ist. Es ist dies das gleichzeitige Auftreten einer Hämoglobinurie. Es sei mir verstattet, den Fall, bei dem wir diese klinische Beobachtung machten, kurz zu referiren.

Die 50 Jahre alte Pat. hatte in ihrem Leben nie eine erstere Erkrankung durchgemacht; von Seiten der Niere, der Blase hat nie eine Störung vorgelegen. An paroxysmaler Hämoglobinurie hat sie nie gelitten. Sie ist verheirathet gewesen und hat 2 normale Entbindungen und Wochenbetten durchgemacht. Vor einem Jahre trat die Menopause ein. Seit dieser Zeit will sie eine langsame, aber doch stetige Zunahme ihres Leibesumfanges bemerkt haben. Sie wurde indess hierdurch nicht belästigt und legte desshalb dieser Sache keinerlei größere Bedeutung bei. Da erkrankte sie plötzlich, ohne dass sie irgend eine äußere Ursache dafür anzugeben wusste, unter Schüttelfrost mit heftigen Schmerzen im Leibe und Kreuz; bald stellte sich auch Übelkeit und Erbrechen ein. Sie konsultirte noch am selben Tage einen Arzt, der ihre sofortige Überführung ins Krankenhaus anordnete. Medikamente erhielt sie nicht verordnet, noch hatte sie solche auf eigene Faust genommen. Der Untersuchungsbefund lautete folgendermaßen: Pat. ist eine kräftig gebaute Person von gut entwickelter Muskulatur, starkem Fettpolster. Die

Untersuchung der Lungen ergiebt abgesehen von einem leichten Emphysem normale Verhältnisse. Die Herztöne sind rein, aber wenig accentuirt; der Puls elend und recht frequent (120—130 in der Minute). Der Leib ist mächtig vorgetrieben; es lässt sich eine deutliche Dämpfung vom Becken bis handbreit oberhalb des Nabels konstatiren. Die abhängigen Partien des Leibes, so wie das Epigastrium ergeben bei Perkussion tympanitischen Schall. Die der Pat. sehr schmerzhafte Palpation ergiebt einen mächtigen Tumor, der deutlich fluktuirt; er kann mit Sicherheit bis ins kleine Becken hinab verfolgt werden. Die Anamnese, die klinische Untersuchung ergaben keinerlei Anlass zur Annahme eines vom Magen-Darmtractus ausgehenden Processes; desshalb lag die Diagnose einer Torsion des deutlich konstatirten Ovarialtumors sehr nahe. Es wurde der Pat. der Rath gegeben, sich bald einem operativen Eingriffe zu unterziehen; sie willigte sofort ein. Vor der Operation wurde nun noch wie immer der Urin untersucht. Er zeigte eine dunkle blutige Farbe. Die Kochprobe wies geringe Spuren von Eiweiß in ihm nach; Zucker enthielt er nicht. Deutlich positiv fiel die Blutreaktion aus; in dem centrifugirten Sedimente ließen sich rothe Blutkörperchen nicht auffinden. Eben so wenig waren Nierenepithelien, Cylinder vorhanden; nur Salze waren da.

Die Operation bestätigte die Diagnose. Bald nach der Eröffnung des Leibes präsentirte sich der mächtige, cystische, blauschwarze Tumor; mit der Umgebung war er nirgends verwachsen. Er wurde punktirt, vorgezogen und erwies sich als ein linksseitiges, um 560° nach rechts gedrehtes, ziemlich kurz gestieltes Ovarialkystom. Nach Abtragung des Tumors wurde der vorher provisorisch abgeklemmte Stiel versorgt; die lebhaft spritzende Spermatica wurde isolirt unterbunden. Auf dem Durchschnitte erwies sich der Tumor als sehr dickwandig; die Wand war blutig infiltrirt. Seinen Inhalt bildete eine hämorrhagische, pseudomucinöse Flüssigkeit.

Die Untersuchung des Urins am Tage nach der Operation ergab, dass er bereits völlig frei von Blutfarbstoff war. Die geringen Mengen Eiweiß verschwanden im Laufe der nächsten Tage. Pat. überstand den Eingriff gut und wurde nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Wir haben es hier also mit einer Hämoglobinurie zu thun, die sich als Folgeerscheinung einer durch Torsion des Stieles bedingten hämorrhagischen Durchtränkung eines Ovarialtumors entwickelte. Zum Zustandekommen so schwerer Stauungserscheinungen in einem Tumor gehört eine Strangulation der abführenden Gefäße. Der Grad der Torsion und die Länge des Tumorstieles bilden die hierbei ausschlaggebenden Momente. Bei einem kurzen Stiele wird eine geringere Drehung bereits genügen, um recht schwere Stauungserscheinungen hervorzurufen. In unserem Falle traf eine ziemliche Kürze des Stieles mit einem recht erheblichen Grade von Drehung (um 560°) zusammen, und so trat die bedeutende hämorrhagische Durchtränkung ein. Trotzdem bleibt das Auftreten von Hämoglobin im Urin merkwürdig, da sonst bei Resorption von selbst großen Blutergüssen Hämoglobinurie kaum beobachtet worden ist. Aus der chirurgischen Litteratur ist mir ein solcher Fall überhaupt nicht bekannt. Der allerjüngsten Zeit erst entstammt eine ähnliche Beobachtung, die Michaelis aus dem städtischen Krankenhause Gitschinerstraße in Berlin mittheilt (Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 4). Hier entstand eine Hämoglobinurie im Anschlusse an die Resorption eines großen intraperitonealen Blutergusses in Folge rupturirter Extra-uterin-Gravidität.

An eine Zufälligkeit in unserem Falle zu denken, dafür liegt keinerlei Anlass vor; es bestand früher nie eine Hämoglobinurie; nach der Entfernung des Tumors verschwand der Blutfarbstoff sofort wieder aus dem Urin. Zusammen mit der Beobachtung von Michaelis erscheint mir dieses Symptom der Beachtung werth, und es ist vielleicht wichtig, diesem Punkte in Zukunft einige Aufmerksamkeit zu widmen. Dass es so wenig beobachtet worden ist, das spricht für seine Seltenheit; denn an ein Übersehen ist bei dem charakteristischen Aussehen des Urins nicht zu denken. Folglich wird es für die Diagnose nicht von allzu großer Bedeutung sein; sein Fehlen beweist nichts gegen die Stieltorsion. Wo es hingegen auftritt, da wird es eine vielleicht zweifelhafte Diagnose stützen helfen.

Wenn wir uns nun jetzt überlegen, welchen Weg der Blutfarbstoff nimmt, um zur Ausscheidung zu gelangen, so ist es wohl am einfachsten, wenn wir uns dies folgendermaßen vorstellen. Der durch den Zerfall der rothen Blutkörperchen im Tumor frei gewordene Blutfarbstoff gelangt in die Cirkulation und wird in erster Linie der Leber zugeführt; sie verarbeitet ihn zu Gallenfarbstoff. Wenn dies Organ indess eine zu große Menge von Material erhält, so ist es nicht im Stande, dasselbe umzuwandeln. Es bleibt demnach eine gewisse Menge Hämoglobin im Blute und wird durch die Nieren ausgeschieden.

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass Michaelis in seiner vorhin erwähnten Mittheilung das Freiwerden des Hämoglobins hauptsächlich in das cirkulirende Blut selbst verlegt. Er nimmt unter Berufung auf Arbeiten von Ehrlich und Morgenroth an, dass durch die Resorption eines Blutergusses die Bildung eines Hämolysins ausgelöst wird, das zerstörend auf die Blutkörperchen der Pat. einwirkt.

Am Schlusse sei es mir verstattet, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Pfannenstiel, für seine Anregung zur Arbeit und Überlassung des Falles meinen besten Dank auszusprechen.

II.

Weitere Bemerkungen zur Insertio velamentosa.

Von

Otto v. Franqué.

Florenzo d'Erchia[1] hat bei der Maus beobachtet, dass das freie Ende der Allantois sich an der blastodermalen Wand inserirt, zuerst in der extraplacentaren Area, und nach und nach in einem

[1] Die obigen Bemerkungen wurden veranlasst durch eine freundliche briefliche Anfrage Herrn Dr. d'Erchia's. Man vergleiche: v. Franqué, Die Entstehung der velamentösen Insertion der Nabelschnur. Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg, 31. Mai 1900. — Essen-Möller, Über einige

excentrischen Punkte der placentaren Area. Er kam dadurch auf die Vermuthung, »ob das häufige Auftreten der excentrischen Insertion in der menschlichen Placenta nicht durch die primitive Insertion der Allantois in der extraplacentaren Area erklärt zu werden vermöchte, und ob durch diese speciale primitive Insertion der Allantois die Insertio velamentosa des Funiculus nicht besser definirt würde, indem man sie als von Entwicklungshemmung abhängige Anomalie auslegte. Solche Annahme würde nur gestattet sein, wenn festgestellt wäre, dass die primitive extraplacentare Insertion der Allantois eine konstante Thatsache bei der Maus darstellte, und dass sie sich bei anderen Thieren und bei dem Menschen wiederholte.«

Der Auffassung der Insertio velamentosa als einer Entwicklungshemmung in diesem Sinne kann ich nicht beistimmen. Allerdings verfüge ich nicht über eigene vergleichend-embryologische Erfahrungen, doch glaube ich der unter der Ägide eines so bewährten Embryologen wie Sobotta entstandenen Abhandlung von G. Burckhard[2] einiges Hierhergehörige entnehmen zu dürfen.

Vor Allem ist immer wieder zu betonen, dass die Verhältnisse bei der Maus durchaus nicht auf die des Menschen ohne Weiteres schließen lassen. »Denn«, wie es bei Burckhard heißt, »es ist sehr wohl möglich, dass die abweichenden Verhältnisse in Bezug auf Form, Größe etc. des Uteruslumens auch abweichende Vorgänge in Bezug auf die Stelle der Einbettung des Ektoplacentarkonus etc. bedingen«. Mit der Frage der normalen Placenta- und Reflexabildung hängt aber die der Insertio velamentosa untrennbar zusammen.

D'Erchia schreibt: »Wenn man ins Auge fasst, dass die Insertio velamentosa von Entwicklungshemmung, d. h. von wahrscheinlich fehlender Transposition des festen Punktes des Bauchstieles in der placentaren Area abhängig ist, wird man vielleicht besser den Ursprung der Insertio velamentosa beim Menschen erklären können, weil hier der Bauchstiel mit dem Chorion seit Beginn der ersten Entwicklungsphasen fest vereint ist.« Dieser Satz scheint mir einen unlöslichen Widerspruch zu enthalten. Denn wenn, wie ich es annehme (eben so Peters, Essen-Möller u. A.), der Bauchstiel mit dem Chorion seit Beginn der ersten Entwicklung fest vereint

Gefäßanomalien der Placenta (Vasa aberrantia) nebst Bemerkungen zur velamentösen Insertion der Nabelschnur. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIII. Hft. 1. 1900. — v. Franqué, Zur Pathologie der Nachgeburtstheile. Ebenda Hft. 2. 1900. — Peters, Beitrag zur Kasuistik der Vasa praevia und Gedanken zur Theorie der Insertio velamentosa. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIII. Hft. 1. 1901. — Florenzo d'Erchia, Über die Einbettung des Eies und die Entwicklung und den Bau der Allantois- und Dottersackplacenta bei der weißen Maus. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIV. Hft. 3. 1901. — Sobotta selbst hat seine Ergebnisse und prachtvollen Präparate am 2. Mai d. J. in der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg vorgeführt. (Anmerkung bei der Korrektur.)

[2] Die Implantation des Eies der Maus in die Uterusschleimhaut und die Umbildung derselben zur Decidua. Archiv für mikrosk. Anatomie und Entwicklungsgeschichte Bd. LVII. 1901.

ist, dann findet eben normalerweise keine Transposition statt, und das Fehlen derselben als Entwicklungshemmung kann also niemals die Ursache der Insertio velamentosa sein.

Wie mir Herr Dr. d'Erchia nach Kenntnisnahme dieser Zeilen freundlichst mittheilt, hält er diesen Widerspruch nur für einen scheinbaren; es scheint ihm leicht annehmbar, dass, nachdem das Ende des Bauchstieles am somatischen parietalen Mesoderm des äußeren Coeloms in der extraplacentaren Area fixirt wurde, dessen Insertion verschoben werden könnte, und zwar, außer durch die Neigung des Bauchstieles, gegen die placentare Area zu rücken, vor Allem durch das Oberflächenwachsthum des somatischen Mesoderms, an dem der Bauchstiel fixirt ist. »Wir haben Eier vor uns, welche sich in den ersten Stadien der Entwicklung befinden, und in denselben sind die Wachsthumsvorgänge so lebhaft, dass die ursprünglichen Verhältnisse leicht verschoben werden können.« Dies zugegeben, halte ich doch, nach d'Erchia's eigenen, oben angeführten Worten, die andere nothwendige Voraussetzung, selbst bezüglich der Maus, für noch nicht erwiesen, nämlich die regelmäßige primitive Insertion der Allantois bezw. des Bauchstieles in der extraplacentaren Area. Und abgesehen davon, dass beim Menschen nach den unten noch anzuführenden neuen Untersuchungen Essen-Möller's in früheren Schwangerschaftsstadien die centrale Insertion häufiger gefunden wird und nicht die velamentale bezw. marginale, könnte auch bei gelegentlicher primärer extraplacentarer Insertion eine spätere placentare ohne Transposition der Nabelschnurinsertionsstelle zu Stande kommen, nämlich durch die Vergrößerung der Placenta, die dadurch allmählich bis an oder über die Insertionsstelle rücken könnte, selbst wenn sie ursprünglich von dieser durch einen gewissen Zwischenraum getrennt gewesen wäre.

Peters führt diesen in meiner ersten Arbeit angedeuteten Gedanken folgendermaßen aus: »Je näher die velamentöse Insertion gegen den Capsularisrand zu situirt ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der dem Bauchstiele entsprechende Abschnitt der Trophoblastschale an der ihm anliegenden Capsularispartie den geeigneten Boden zur weiteren Placentabildung findet und dass durch Verschiebung, resp. einseitige Wucherung und Verdickung der Capsularis die Capsularispartie schließlich mit in die Basalis einbezogen wird, wenn es auch etwa nur zur marginalen Insertion gelangen sollte. Ich kann den diesbezüglichen Erörterungen v. Franqué's nur voll beistimmen.«

Peters giebt ferner an, dass nach dem bisherigen Materiale nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Fledermäusen, Pteropus und bei Primaten die Anlagerung der Eiblase stets mit dem Keimschilde gegen die Serotina resp. Primärplacenta zu erfolgt. Es wird wohl auch bei der Maus so sein.

Nur bezüglich der Ursache dieser Anlagerung billigt Peters meine Auffassung nicht, da man bei derselben »dem Ei gleichsam

eine gewisse vernünftige Tendenz nach jener Seite der besten Ernährung beimessen müsse, eine Anschauung, die wohl nicht angehe«. Diese Annahme hatte ich allerdings nicht gemacht, und sie ist meiner Meinung nach auch gar nicht nöthig. Man kann an chemotaktische Anziehungsvorgänge denken, wie sie ja auch sonst im Organismus eine Rolle spielen. Peters selbst spricht auch von Drehungen des Eies durch osmotische oder kapilläre Kräfte, die so lange wirken, bis die specifischen Potenzen der Zellen des Embryonalfleckes in Aktion treten und zur Fixirung der Eilage führen können, und weiterhin von der Möglichkeit, dass außer den im Ei selbst allenfalls vorhandenen richtenden Kräften noch außerhalb desselben wirkende Kräfte mitspielen könnten. Seine Auffassung wäre also ganz gut mit meiner Darstellung vereinbar, und mir persönlich erscheint sie als Ergänzung derselben durchaus diskutabel. Jedenfalls verlangt meine Hypothese von dem Ei nicht mehr »vernünftige Tendenz«, als sie die Spermatozoen oft genug zeigen, wenn sie, nur an die äußeren Genitalien gebracht, doch den Weg durch die minimale Öffnung eines intakten Hymens und durch die Scheide in den Uterus und gegen den Flimmerstrom dieses in die Tuben finden.

Übrigens fällt die ganze Schwierigkeit fort, sobald wir annehmen, dass das Ovulum sich vor der Bildung des Embryonalfleckes in die Schleimhaut einlagert, was ja die Embryologen annehmen, wenn ich Sobotta-Burckhard folgen darf, bei denen es heißt: »Bei den Säugethieren, welche die sog. Keimblätterumkehr zeigen — und zu diesen gehören nach Sobotta die Muriden, Affen und der Mensch — findet eine gerade durch diesen Vorgang eingeleitete, äußerst frühzeitige Festsetzung des Eies in der Uterusschleimhaut statt, welche in der Weise vor sich geht, dass das Ei sehr bald das Uteruslumen verlässt und in die Schleimhaut selbst eingebettet wird; es liegt zu einer Zeit, wo von Keimblätterbildung (Primitivstreifen) noch keine Rede ist, bereits ohne jeden Zusammenhang mit dem Uteruslumen fest in der Uterusschleimhaut eingebettet.« Dass sich aber am einmal eingebetteten Ei der Embryonalschild an der Stelle der besten Ernährung bildet, ist gewiss eine berechtigte Hypothese, so lange wir wenigstens über die Polarisation des menschlichen Eies nicht mehr wissen als jetzt. Möglich, dass die von Peters angeregten Untersuchungen in einer freilich wohl sehr fernen Zeit Aufklärung bringen.

Kehren wir noch einmal zur Maus zurück, so ist ja die Ursache der bei ihr konstanten ursprünglichen Eieinbettung auf der antimesometralen Seite auch nicht bekannt; doch glaubt auch hier Burckhard die Gravitation ausschließen zu müssen und vermuthet, dass die tieferen, reichlicheren Buchten der Schleimhaut auf der antimesometralen Seite hierbei eine Rolle spielen könnten. Mir scheinen die Thatsachen auch hier wenigstens nicht gegen meine Hypothese zu sprechen; das Ei lagert sich ursprünglich an auf der antimesometralen Seite, welche nach Sobotta die dickere, mit tie-

feren und weiteren Buchten versehene, also doch wohl für die erste Ernährung geeignetere Schleimhaut trägt. In Folge der alsbald auftretenden Gefäßentwicklung, vielleicht auch der von Burckhard erwähnten Blutergüsse auf der mesometralen Seite der Schleimhaut ist aber sehr bald dort die Ernährung besser: die Entwicklung des Ektoplacentarkonus und der Placenta erfolgt auf dieser Seite. Über die Verhältnisse des Embryonalschildes und der Nabelschnurinsertion kann wohl Mangels genügenden Materiales noch nichts Endgültiges ausgesagt werden. Man darf wohl von den in Aussicht gestellten weiteren Veröffentlichungen Sobotta's und d'Erchia's entsprechende Aufschlüsse erwarten.

Nach dem Ausgeführten glaube ich vor der Hand an der Anschauung festhalten zu dürfen, dass die normale Insertion der Nabelschnur bedingt ist durch die ursprüngliche Anlagerung des Embryonalschildes im Bereiche der Serotina in Folge der dort vorhandenen besten Ernährungsbedingungen, und dass Abweichungen der Nabelschnurinsertion bedingt sind durch Störungen in diesem Anlagerungsmechanismus, die vor Allem durch Endometritis verursacht werden.

Auch Essen-Möller, der schon in der Eingangs angezogenen Arbeit die Unzulänglichkeit der Schultze-Ahlfeld'schen Theorie der velamentösen Insertion ausgesprochen hat, bringt in einer neuen Mittheilung[3] eine ähnliche Auffassung zum Ausdrucke; ich verdanke der Liebenswürdigkeit des Autors selbst, dem ich hierfür auch an dieser Stelle herzlich danke, einen deutschen Auszug aus der schwedisch erschienenen Abhandlung und lasse denselben mit des Autors Genehmigung hier folgen:

»Levret hatte behauptet, dass die Nabelschnur um so mehr excentrisch inserire, je tiefer an der Uteruswand die Placenta befestigt sei. Ausgehend hiervon hat Verf. nach Holzapfel's Methode den höheren oder tieferen Sitz des Mutterkuchens bestimmt und die Beziehungen der Nabelschnurinsertion zu diesem untersucht. Es ergab sich, dass kein kausaler Zusammenhang nachweisbar war. Weiter hat Verf. 72 Placenten aus früheren Schwangerschaftsmonaten untersucht und dabei gefunden, dass je jünger die Placenta ist, um so häufiger die centrale Insertion gefunden wird, während mit Fortschreiten der Schwangerschaft die centrale Insertion immer seltener wird. Die Ansichten über die Eieinbettung und das erste Placentationsstadium werden dann kurz besprochen; die Darstellung stimmt hauptsächlich mit derjenigen von v. Franqué überein. Als Hauptsache muss betont werden, dass in den weitaus meisten Fällen die Embryonalanlage und somit auch die Insertion des Bauchstieles an der der Uteruswand zugewandten Seite des Eies sich befindet. Die Ursachen hiervon, ob Gravitation oder Anderes, sind noch unbekannt.

---

[3] Essen-Möller, Studier över orsakerna till variabiliteten i Navelsträngens insertion på placenta. Förutskickat meddelande, Lund 1901, Malmström's Boktryckeri.

Die velamentöse Insertion wird also dadurch entstehen, dass bei der Einbettung die Embryonalanlage sich an der dem Uteruscavum zugewandten Seite befindet. Hierzu sind Störungen in den normalen Verhältnissen erforderlich, z. B. eine Endometritis. Doch glaubt Verf. nicht, dass es dadurch bewirkt wird, dass die Capsularis bessere Ernährungsbedingungen darbiete, wie v. Franqué vermuthet. Es ist einfacher und auch genügend, anzunehmen, dass in Folge der Endometritis die normalen Implantationsbedingungen (vielleicht Flimmerbewegung od. dgl.) einer Störung unterworfen sind, die zu einem mehr oder weniger abnormen Einbettungsmodus führt.

Bei weiterem Wachsthum des Eies wird dann die Placenta hauptsächlich nach der Richtung hin sich entwickeln, wo die besten Ernährungsbedingungen zu finden sind — hier ist dieses Moment entscheidend. Daraus folgt, dass ein Nabelstrang, der im Anfange ziemlich central inserirte, während der weiteren Entwicklung excentrisch oder marginal werden kann, und zwar desshalb, weil die Placenta nach einer gewissen Richtung hin gewachsen ist, nicht weil die Insertion der Schnur eine andere geworden ist. Dies ist eben so natürlich, wie der Fall, dass der Stamm eines Baumes zuweilen nicht in der Mitte des Wurzelsystems befestigt, sondern mehr excentrisch geworden ist, weil die Wurzeln sich mehr einseitig entwickelt haben.«

III.

Die Zukunft der nach künstlicher Einleitung der Geburt frühgeborenen Kinder.

Von

F. Ahlfeld.

Von den Gegnern der künstlichen Frühgeburt wird als Argument gegen diese geburtshilfliche Methode hervorgehoben, wie gering die Chancen der aus den Anstalten entlassenen Kinder seien.

Neuerdings hat Krönig[1] diese mangelnde Lebensenergie frühgeborener Kinder wiederum herangezogen, um die künstliche Frühgeburt zu diskreditiren, zugleich aber angeregt, größere Statistiken über die lebend entlassenen Kinder zu bringen.

Prompt hat darauf die Kieler Klinik geantwortet[2]. Auch ich hatte bereits vor Erscheinen der Krönig'schen Monographie Schritte gethan, um aus meinem großen Materiale die gewünschten Antworten zu erhalten. Ich gebe die Daten hier in kurzer Übersicht. Des genaueren sollen sie in einer Dissertation beantwortet werden.

Ich habe nur meine Marburger Fälle benutzt und zwar nur die Operationen, die an verheiratheten Frauen vorgenommen sind. Aus

---

[1] Die Therapie beim engen Becken. Leipzig 1901.

[2] Raschkow, Über die Bedeutung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge für die Erhaltung des Kindeslebens. Inaug.-Diss., Kiel, 1901.

naheliegenden Gründen können die Kinder unehelich geschwängerter Mädchen, mit wenigen Ausnahmen, bei dieser Frage keine Berücksichtigung finden. Sie werden Ziehmüttern übergeben, meist mit dem Wunsche, sie möchten kein zu langes Leben führen. Auch würde es unmöglich sein, jetzt nach Jahren die einzelnen Mütter ausfindig zu machen, um etwas über ihre Kinder zu erfahren.

In den Jahren 1883 bis 1900 sind in meiner Klinik 208 Einleitungen der künstlichen Frühgeburt vorgenommen worden. Von den lebend entlassenen Kindern gehörten 56 verheiratheten Frauen an, bei denen wegen Beckenenge operirt war.

Ende Februar d. J. habe ich mir von diesen 56 Eheleuten Auskunft erbeten und zwar zumeist auf amtlichem Wege, indem ich mich an den Bürgermeister des Ortes wendete.

Nur 1 Fragebogen blieb unbeantwortet, da die Eheleute nicht ausfindig gemacht werden konnten.

Die eingegangenen Mittheilungen stelle ich mit der nach der Geburt genommenen Länge und dem Initialgewichte in der folgenden Tabelle zusammen. Aus dem Geburtsjahre ist das jetzige Alter der Kinder zu berechnen.

Laufende Nummer	Jahr	Journal-Nummer	Länge d. Neugeborenen Centimeter	Gewicht d. Neugeborenen Gramm	Geschlecht	Lebte März 1901 noch	Gestorben wann?	Bemerkungen
1	1886	123	44,5	2100	M.	lebt	—	
2	1886	74	45,0	2300	M.	—	11 Wochen	Siehe unten [3]
3	1894	61	45,0	2700	M.	—	2 Jahre	
4	1884	189	46,0	2120	K.	lebt	—	
5	1889	138	46,0	2800	M.	lebt	—	
6	1889	151	46,0	2800	M.	lebt	—	
7	1894	238	46,0	2640	M.	lebt	—	
8	1897	66	46,0	2860	M.	lebt	—	
9	1897	240	46,0	2030	M.	lebt	—	
10	1890	166	46,5	2240	M.	—	1 Jahr 6 Mon.	
11	1885	100	47,0	2720	M.	—	10 Wochen	
12	1886	260	47,0	2420	M.	lebt	—	
13	1892	16	47,0	2600	K.	lebt	—	
14	1892	126	47,0	2370	K.	lebt	—	
15	1894	51	47,5	2670	K.	—	4 Wochen	
16	1885	101	48,0	2420	M.	—	2 Jahr 8 Mon.	
17	1887	112	48,0	2780	M.	lebt	—	
18	1889	37	48,0	2850	K.	lebt	—	

[3] Kind indolenter, schmutziger Eltern, die lieber die Perforation, als die Einleitung der künstlichen Frühgeburt haben wollten, bei anderen Schwangerschaften auch nach diesem Princip gehandelt haben.

Laufende Nummer	Jahr	Journal-Nummer	Länge d. Neugeborenen Centimeter	Gewicht d. Neugeborenen Gramm	Geschlecht	Lebte März 1901 noch	Gestorben wann?	Bemerkungen
19	1889	180	48,0	2720	M.	lebt	—	
20	1890	69	48,0	2450	K.	lebt	—	
21	1890	224	48,0	2540	M.	—	2 Jahre	
22	1891	134	48,0	2550	M.	lebt	—	
23	1892	104	48,0	2650	M.	lebt	—	
24	1893	188	48,0	2820	K.	lebt	—	
25	1895	52	48,0	2135	M.	lebt	—	
26	1899	344	48,0	2970	M.	lebt	—	
27	1887	141	48,5	2520	M.	lebt	—	
28	1891	257	48,5	2700	K.	—	6 Wochen	»Nabelrose«[4]
29	1885	150	49,0	2230	M.	lebt	—	Spondylolistetisches Becken
30	1890	18	49,0	2820	K.	lebt	—	
31	1890	122	49,0	2500	M.	lebt	—	
32	1891	170	49,0	3100	M.	lebt	—	
33	1897	330	49,0	3450	K.	—	1 Jahr 10 Mon.	
34	1899	123	49,0	3310	K.	lebt	—	
35	1888	303	50,0	3070	K.	lebt	—	
36	1889	42	50,0	3460	M.	lebt	—	
37	1890	72	50,0	2720	M.	—	1 Jahr 11 Tage	
38	1892	294	50,0	3000	K.	—	2 Jahr 6 Mon.	
39	1893	356	50,0	3440	K.	lebt	—	
40	1899	303	50,0	3800	M.	lebt	—	
41	1889	62	50,5	3220	K.	lebt	—	
42	1891	37	51,0	3100	K.	lebt	—	
43	1892	229	51,0	3040	K.	—	7 3/4 Jahre	
44	1888	253	52,0	3200	M.	lebt	—	
45	1889	176	52,0	3460	K.	lebt	—	
46	1890	72	52,0	3270	M.	—	1 Jahr 6 Mon.	
47	1892	7	52,0	3400	M.	lebt	—	
48	1893	145	52,0	3100	M.	lebt	—	
49	1896	287	52,0	3730	M.	lebt	—	
50	1898	184	52,0	3820	M.	—	7 Monate	
51	1884	225	53,0	3610	K.	lebt	—	
52	1893	143	53,0	3170	K.	lebt	—	
53	1889	307	53,0	3650	M.	lebt	—	
54	1895	96	58,0	3830	K.	lebt	—	

[4] Diagnose einer Hebamme. — Anmerkung: Fall 55 nachträglich noch beantwortet.

Ich konnte leider nicht, wie Raschkow es gethan, Einzelheiten über die Entwicklung der Kinder bringen; ich musste mich mit der Thatsache begnügen zu erfahren, ob sie das erste Jahr glücklich überstanden haben, und wie alt sie geworden sind.

Von 55 Kindern sind nur 5 vor Ablauf des ersten Lebensjahres gestorben, gleich 9,1%. Ein ähnliches Resultat verzeichnet Raschkow, nämlich 4 von 38, gleich 10,6%.

Für unsere Verhältnisse ist dies günstige Resultat ein um so auffallenderes, weil es sich meist um unbemittelte Eltern handelt, Tagelöhner, kleine Handwerker, kleine Häusler etc.

Krönig referirt (l. c. p. 112) die Angaben von Heymann[5] und Sarwey[6], wonach die Kindersterblichkeit der nach Einleitung der Frühgeburt entlassenen Kinder eine auffallend geringe gewesen sei, bei Sarwey 19,5%, bei Heymann 28,8%. Sarwey fand, dass hier die frühgeborenen Kinder weit besser daran seien, als die ausgetragenen. Krönig fügt weiter hinzu:

»Man kann daraus meiner Meinung nach nur sehen, wohin es führt, wenn aus kleinen Zahlen allgemeine Schlüsse gezogen werden, denn dass ein derartiger Schluss aus einer Statistik unrichtig ist, wird Jeder, der auch nur wenige frühgeborene Kinder in ihrer weiteren Entwicklung verfolgt hat, als selbstverständlich zugeben.«

Unsere Statistik beweist, dass thatsächlich die frühgeborenen Kinder äußerst glücklich über das gefährliche erste Jahr hinweggekommen sind. Es nimmt mich dies nicht Wunder. Es handelte sich einerseits ausschließlich um eheliche Kinder, und weiter um Kinder, die, mit wenigen Ausnahmen, den Eltern ein lang erhofftes Glück waren, das zu erhalten keine Mühe gespart wurde. Wo dies nicht der Fall war, wie in No. 2, starb das Kind frühzeitig, wie es den Kindern der unehelich Geschwängerten zumeist ergehen wird.

IV.

(Aus der Frauenabtheilung des Allerheiligenhospitales zu Breslau. Primärarzt Dr. Robert Asch.)

Ein Fall von doppelter Abreißung der Nabelschnur.

Von

Dr. R. Gradenwitz.

Während man in der medicinischen Litteratur nicht gar so selten das Vorkommnis des Abreißens der Nabelschnur erwähnt findet, habe ich die Schilderung eines Falles von doppelter Abreißung derselben nirgends gefunden. Ein solcher Fall ist vor Kurzem in der Frauenabtheilung des Allerheiligenhospitales zur Beobachtung gelangt. Da mir derselbe sowohl seiner Eigenart wegen als auch aus forensischen

[5] Archiv für Gynäkologie Bd. LIX. p. 404 u. f.

[6] Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Berlin 1896.

Gründen der Beschreibung werth erscheint, möchte ich ihn in Nachfolgendem kurz schildern.

Die 22jährige polnische Arbeitersfrau Maria N. wurde am 16. April 1901 2 Uhr früh mittels Wagens in das Hospital gebracht. Familienanamnese belanglos; Pat. selbst war früher stets gesund. Sie ist mit 18 Jahren menstruirt; die Periode war stets regelmäßig, 4wöchentlich, schwach, ohne Schmerzen, hielt 3 Tage an. Im Juli 1899 Spontangeburt eines ausgetragenen, lebenden Kindes, welches von Pat. 1 Jahr lang gestillt wurde. Das Wochenbett verlief normal. Letzte Periode: 2. November 1900, erste Kindesbewegungen erst am 1. April 1901. In der Schwangerschaft Wohlbefinden.

Nach mehrstündiger Eisenbahnfahrt stellten sich in der Nacht vom 15. zum 16. April Kreuzschmerzen ein; bald traten Wehen auf; bei der 3. Wehe um $^3/_4$1 Uhr Nachts stürzte etwas aus der Scheide heraus, was die kauernde Pat. mit den Händen auffing, ehe es zu Boden fiel, ein Fötus sammt Nachgeburt. Pat. hielt den Abort für beendigt, wurde von der nahen Bahnstation mittels Wagens nach dem 1 Stunde entfernten Hospitale verbracht; unterwegs trat eine starke Blutung auf, welche bei der Aufnahme steht. Pat. giebt mit Entschiedenheit an, nach der Geburt nicht nach ihren Geschlechtstheilen gefasst zu haben oder etwa von einer helfen wollenden Person während oder nach der Entbindung dort berührt worden zu sein. Frucht und Nachgeburt werden mitgebracht.

Der Allgemeinstatus ist normal. Der Uterus überragt etwas den Nabel, kontrahirt sich im Wehentypus alle 5—8 Minuten vollständig. Aus der Vulva ragt etwa 2 cm eine Nabelschnur hervor, die von der Pat. angeblich nicht bemerkt war; das Ende ist abgerissen; es ist feucht, nicht blutig. Die Untersuchung des mitgebrachten Fötus ergiebt, dass derselbe frischtodt ist, dem Anfange des 6. Graviditätsmonates entspricht und durch seine etwa 25 cm lange Nabelschnur mit der Placenta fest verbunden ist. Die Placenta ist eine eineiige Zwillingsplacenta; Eihäute gut erhalten, vollständig. Im zweiten Fruchtsacke fehlt die Nabelschnur; am Übergange der Eihäute in die Nachgeburt scheint sie abgerissen zu sein; doch ist der Verlauf der Gefäße nicht typisch. Die Ausstoßung des 2. Fötus wird abgewartet, da Pat. nicht blutet und Wehen vorhanden sind. Nach 6 Stunden ist der Status unverändert; als die Nabelschnur jetzt vorsichtig angefasst wird, gleitet ein etwa 18 cm langes Stück hervor, das auch am oberen Ende abgerissen erscheint; die Gefäße sind nicht obliterirt. Der Uterus ist steinhart kontrahirt, der in die Scheide eingehende Finger entfernt den völlig in diese geborenen, zweiten, nicht macerirten Fötus ohne Mühe. Am Nabel ist nur noch ein kleines Stückchen Amnion vorhanden; sonst schneidet eine nicht alte, scharfe Rissstelle scharf mit der Bauchhaut ab. Der Fötus ist frischtodt, kleiner und magerer als der erste, 27 cm lang und wiegt 330 g, während der erste $28^1/_2$ cm lang ist und 535 g wiegt. Die Sektion des 2. Fötus, welche Herr Professor Dr. Lesser so liebenswürdig war zu übernehmen, ergiebt keinerlei Zeichen eines Verblutungstodes. Pat. macht ein fieberfreies, völlig normales Wochenbett durch und wird am 8. Tage gesund entlassen.

Die einfachste Erklärung wäre wohl die, dass die erste Abreißung am Placentaransatze durch die Sturzgeburt zu Stande kam, während ein bewusster oder unbewusster späterer Zug der Pat. an der Nabelschnur die 2. Abreißung entstehen ließ. Man könnte wohl auch annehmen, dass beim Tiefertreten des ersten Fötus an der Nabelschnur des zweiten stark gezerrt und diese am Nabel beinahe abgerissen wurde, durch etwas Amnion aber noch in losem Zusammenhange blieb; bei der Sturzgeburt riss die Nabelschnur am placentaren Ansatze ab, während vielleicht der sich kontrahirende Uterus die Nabelschnur oben festhielt; das vorsichtige Anheben genügte dann zur völligen Durch-

trennung der lockeren Verbindung mit dem Nabel des Fötus. Eine absichtliche Abreißung am placentaren Ende könnte nur durch Festhalten seitens der Pat. erklärt werden, wofür kein Anhalt vorliegt.

Klinisches Interesse bietet der Fall, abgesehen von der Nabelschnurdurchreißung, durch den merkwürdigen Geburtsmechanismus, welcher bei eineiigen Zwillingen erst den einen Fötus, dann die Placenta und zum Schlusse erst den zweiten Fötus erscheinen ließ.

Die forensische Wichtigkeit des Falles liegt darin, dass bei alleinigem Auffinden einer Nabelschnur auf fahrlässige Tödtung oder Beiseitebringen der Frucht (§§ 221, 222 des Reichsstrafgesetzbuches) gefahndet werden müsste. Bei wirklich vorliegendem Verbrechen aber würde durch das Vorhandensein eines Fötus, mit vollständiger Nabelschnur an der Placenta hängend, ein Verdacht nicht aufkommen. Der Gesammtzustand der Placenta mit ihren zerfetzten Eihäuten würde auch bei vorhandenem Verdachte den Nachweis einer Abreißung der Nabelschnur so nahe an der Placenta kaum führen lassen. Bei fehlender Nabelschnur, vorhandenen todten Zwillingen und Nachgeburt könnte man leicht daran denken, dass die Mutter die Nabelschnur abgerissen habe, um das kindliche Leben zu vernichten. Die Sektion müsste hier ergeben, ob der Tod der Früchte schon im Mutterleibe oder bei vorhandener Lebensfähigkeit erst unmittelbar post partum durch Verblutung aus der durchrissenen Nabelschnur eingetreten wäre. Im ersteren Falle wäre die Frau nach § 218 des Reichsstrafgesetzbuches, im letzteren nach § 211 zu bestrafen.

V.

(Aus der Prov.-Hebammenlehranstalt in Osnabrück.)

„Intra-uterine Krepitation“ am kindlichen Kopfe.

Von

P. Rissmann.

Dass man zuweilen bei der vaginalen Untersuchung durch Druck auf den noch im Uterus befindlichen fötalen Schädel Geräusche oder Töne hervorrufen kann, ist eine bekannte Thatsache. Meist wird dabei der vorliegende Kopf im Becken feststehend gefunden; ob der Muttermund schon geöffnet ist, so dass der Finger das kindliche Schädeldach direkt berührt oder ob durch das vordere Scheidengewölbe untersucht wird, ist ziemlich gleichgültig. So viel ich aus der Litteratur ersehen konnte, geht die allgemein acceptirte Erklärung dieses Phänomens dahin, dass die Schädeldecke in solchen Fällen weich oder nicht vollkommen verknöchert ist, dass in Folge dessen durch den Druck des untersuchenden Fingers eine Delle in den Schädelknochen entsteht, die sich bei nachlassendem Drucke unter einem Tone oder Geräusche wieder ausgleicht. Wesentlich seltener wird dieses Zeichen, das man mit dem Namen »Pergamentknittern« oder »knittergoldartige« Beschaffenheit des Schädels be-

zeichnet hat, bei der äußerlichen Untersuchung an Beckenende-, Schräg- oder Querlagen wahrgenommen.

Eine Durchforschung der Litteratur nach Angaben über dieses zuletzt erwähnte Phänomen giebt geringe Ausbeute, obwohl J. Veit in Müller's Handbuch der Geburtshilfe, Bd. I, die Angabe macht, dass es schon lange beschrieben sei. Die meisten zusammenhängenden Beobachtungen, welche theilweise von E. Martin kontrollirt wurden, hat Fasbender am 9. März 1869 in der Gesellschaft für Geburtshilfe in Berlin mitgetheilt[1].

Bei 8 Frauen, sowohl in der Schwangerschaft wie bei der Geburt, hat Fasbender das »Pergamentknittern« bei der äußeren Untersuchung deutlich wahrnehmen können. In einer Nachbemerkung theilt Fasbender mit, dass auch Kristeller und Kulp je einmal nach seinen Angaben das Zeichen fanden, so dass also 10mal der Befund erhoben wurde. Es wird erwähnt, dass die Fruchtblase 4mal gesprungen, 2mal erhalten war; es ist also das Fruchtwasser scheinbar nicht von Belang. Auch das Leben der Kinder kann durch erwähntes Phänomen nicht diagnosticirt werden, da es bei Todtgeburten gefunden wurde. Leider werden Angaben über macerirte Kinder nicht gemacht. Das Vorgehen Fasbender's war folgendes: »Mit der linken Hand wurde der Kopf fixirt, und mit den Fingerspitzen der rechten Hand wurde bei genauer Untersuchung sehr deutlich die für die Schädelknochen charakteristische, pergamentartige Beschaffenheit wahrgenommen.« Fasbender sagt zwar nicht ausdrücklich, dass er sich das Entstehen des Pergamentknitterns, welches er bei der äußeren Untersuchung fand, eben so erklärt, wie das bei vaginaler Untersuchung gefundene; aus dem Zusammenhange scheint aber hervorzugehen, dass kein Unterschied zwischen beiden gemacht werden soll. Jedenfalls gehen die gebräuchlichen Lehrbücher der Geburtshilfe, falls sie überhaupt das »Pergamentknittern« erwähnen, alle auf die Anfangs von mir angeführte Erklärung zurück. Nach einem von mir vor Kurzem beobachteten Falle kann ich dieses aber nicht für richtig halten, sondern muss behaupten, dass bei macerirten Kindern durch Reiben zweier Schädelknochen gegen einander Geräusche oder Töne von größter Deutlichkeit gelegentlich der äußeren Untersuchung hervorgerufen werden können. Man könnte dieses Zeichen nach chirurgischem Usus vielleicht als intra-uterine Krepitation der kindlichen Schädelknochen bezeichnen. Der Name »Pergamentknittern« ist jedenfalls für diese Fälle irreleitend und nicht anwendbar. Über den Werth der genannten beiden Phänomen in diagnostischer Beziehung wird man sich keinen zu großen Illusionen hingeben dürfen. Ich glaube nicht mit Fasbender, dass »selbst für den nicht ungeübten Untersucher die Zeichen der Beachtung werth sind«. Dagegen könnte doch vielleicht der weniger geübte praktische Arzt, der zu einer Querlage gerufen wird, bei der das Fruchtwasser wie in unserem gleich zu erwähnenden Falle schon längere Zeit ab-

[1] Monatsschrift für Geburtskunde Bd. XXXIII. Hft. 6.

geflossen war, zuweilen Vortheil haben, wenn ihm die Phänomene des »Pergamentknitterns« und der »intra-uterinen Krepitation« bekannt sind. Unser Fall war in Kürze der folgende.

Luise St., eine 25jährige IVpara, leidet an schwerer Syphilis und war im vergangenen Jahre schon von einem macerirten Kinde in unserer Anstalt entbunden worden. Jetzt befindet sich das Mädchen ca. in der Mitte des 9. Schwangerschaftsmonates. Die Blase sprang angeblich am 25. Februar. Wehen waren kaum vorhanden, doch war der Uterus, als das Mädchen zur Untersuchung kam, schon eng um das Kind zusammengezogen. Die äußere Untersuchung ergab 2. Querlage, 1. Unterart; Herztöne waren nicht zu hören. Legt man beide Hände mit den Fingerspitzen auf die Gegend des Leibes, wo der kindliche Kopf sich befindet, und drückt dann nach einander erst die rechte und dann die linke Hand kräftig ein, so fühlt man ungemein deutlich ein Reiben und hört ein lautes Krachen. Die Untersuchte giebt jedes Mal dabei an: »jetzt hat es in meiner rechten Seite einen Knacks gegeben«. Schülerinnen, die dicht neben meinem untersuchenden Assistenten standen, behaupteten ein »Knacksen« zu hören.

Wenn es schon an sich durchaus unwahrscheinlich war, dass ein Geräusch von solcher Deutlichkeit durch eine Delle im Knochen bewirkt sein konnte, so haben wir doch nicht versäumt, am 27. Februar nach der Geburt des macerirten Kindes die ausgedehntesten Versuche mit dem Schädel anzustellen. Niemals gelang es, eine Delle in den Knochen zu erzielen, sondern es schob sich, wenn man mit der linken Hand den kindlichen Schädel fixirte, ein Knochen unter den anderen (meist war es das rechte Scheitelbein, welches sich unter das rechte Stirnbein schob), und bei nachlassendem Drucke der rechten Hand glitt unter deutlichem Krachen der untergeschobene Knochen wieder nach oben in seine normale Lage. Die Knochen standen in den Nähten weiter aus einander als gewöhnlich, jedoch waren ihre Ränder, wie Einschnitte ergaben, durchaus glatt. Übrigens gelingt es zuweilen auch bei lebenden Kindern unmittelbar nach der Geburt, Krepitation zwischen den Schädelknochen nachzuweisen. Zum Beispiel konnten wir am 10. Mai kurz nach der Geburt eines lebenden Kindes (Gewicht 2700 g, Länge 48 cm) sowohl das »Pergamentknittern« (Delle in den Scheitelbeinen), wie die »intrauterine Krepitation« (die Scheitelbeine schoben sich unter die Stirnbeine) neben einander nachweisen.

VI.

(Aus der gynäkologischen Abtheilg. des Stadtkrankenhauses zu Riga. Dir. Arzt: Dr. med. Alex. Keilmann.)

Ein Fall von Selbsthilfe bei Fußlage mit Abreißung des Rumpfes und Retention des Kopfes.

Von

Dr. **Wilhelm Ruth**, Assistenzarzt.

Angeregt durch die interessante Kasuistik Neugebauer's (No. 7 und 8 d. Blattes a. c.), halte ich einen weiteren derartigen Fall, den wir in der hiesigen Entbindungsanstalt zu beobachten Gelegenheit hatten, der Mittheilung werth. Derselbe zeichnet sich dadurch aus, dass hier in der That die Abreißung des Rumpfes von der Mutter

selbst zu Stande gebracht worden ist und diese Abreißung eine vollkommene war, während Neugebauer unter seinen 70 Fällen nur einen solchen verzeichnet und die auf denselben bezüglichen Daten für unsicher hält. Einen zweiten zählt Neugebauer in seiner Sammlung nicht mit, weil der Rumpf vom Kopfe nicht vollkommen getrennt war. Unser Fall ist folgender:

J.-No. 4121 (130) 1900. K. Z., 19 Jahre alt, unverheirathet, wird am Nachmittage des 15. Juli 1900 eingeliefert. Die letzte Regel sei am 1. Januar 1900 gewesen. Vor einer Woche hätte sich K. Z. durch einen Fall von einer Treppe geringfügige Verletzungen zugezogen. Im Anschlusse daran seien Kreuzschmerzen aufgetreten. Am 14. Juli stellten sich Wehen ein, die am nächsten Morgen sehr heftig gewesen seien. Um 1 Uhr Mittags (d. 15. Juli) sei ein Fuß aus der Scheide vorgefallen. Die Kreißende sei allein in ihrer Wohnung gewesen, wäre nicht im Stande gewesen, sich Hilfe zu verschaffen. Die an Schmerzhaftigkeit stetig zunehmenden Wehen veranlassten die Gebärende, selbst die Frucht zu extrahiren. Sie zog an den Füßen der Frucht sowohl in stehender, als sitzender, als auch liegender Stellung. Bei einem dieser Extraktionsversuche riss der Rumpf des Kindes ab. Der Kopf des Fötus blieb im Uterus zurück. Der ganze Rumpf des Kindes war schon geboren, die Arme waren schon gelöst gewesen. Als der Riss eintrat, lag die Kreißende auf dem Rücken, hatte den Rumpf der Frucht auf den Bauch genommen, zog an deren beiden Beinen. Zugleich mit dem Halse riss auch die Nabelschnur. Das uterine Ende derselben unterband die Gebärende selbst. Bis zur Geburt der Arme hätte sich das Kind bewegt. — Nach dem Abreißen des Rumpfes fuhr die K. Z. zu einem Arzte, der sie Zwecks Entfernung des retinirten Kopfes in die Entbindungsanstalt dirigirte. Den Rumpf des Kindes brachte sie mit in die Anstalt. — Sie klagt über Schmerzen in der rechten Seite.

Status praesens: Die Frau ist von normalem Knochenbau, zeigt geringe Anämie. An der Außenseite des linken Oberschenkels ist eine handtellergroße, violett verfärbte Sugillation wahrnehmbar. Harn dunkel, trübe, sauer, 1014 $3\frac{1}{2}$‰ Eiweiß. Temperatur 37,8° C.

Der Fundus uteri steht ca. 2 Fingerbreiten unterhalb des Nabels. Wehen sind nicht vorhanden. Der Uterus hat sich stark kontrahirt. Durch die Bauchdecken kann man gerade noch einen großen, harten, runden, ins kleine Becken eingetretenen Körper fühlen, der für den im Uterus zurückgebliebenen Kopf angesehen werden muss. Aus der Vulva hängt das mit einem schwarzen, schmutzigen Bändchen unterbundene uterine Ende der Nabelschnur. Nach vorausgegangener, gründlicher Desinfektion der Frau ergiebt die innere Untersuchung, dass der Muttermund für ca. 3 Finger durchgängig, sein Rand durch den Kopf der Frucht straff gespannt ist. In der Scheide fühlt man den abgerissenen Hals, kenntlich an den bloßgelegten Wirbeln. Ein Theil des nach vorn und links gelegenen Hinterhauptes ist auch von Weichtheilen entblößt.

Da der bei der Untersuchung ausgeführte Versuch, den Kopf manuell zu entfernen, erfolglos ist, wird die Kreißende chloroformirt und sofort die Perforation der Hinterhauptschuppe und Enthirnung des Kopfes vorgenommen, nachdem der Hals zuvor mit einer Hakenzange Zwecks Fixation des Kopfes gefasst worden war und dieser gleichzeitig auch durch Druck von oben fixirt wurde. Danach wird der Hals und späterhin der Unterkiefer mit starken Fasszangen gefasst und durch gleichmäßigen Zug an denselben der Kopf mit nicht allzugroßer Mühe von Dr. Keilmann extrahirt. Während der Entfernung des Kopfes ist übler Geruch wahrnehmbar, der auch an der sofort nach der Extraktion gelösten Placenta in noch höheren Maße haftet. Nach der Lösung der Nachgeburt wird der Uterus energisch mit 1%iger Lysollösung ausgespült. Keine Blutung. Bei fötidem Lochialfluss und fieberhaften Temperaturen tritt vom 6. bis 10. Tage inkl. täglich ein Schüttelfrost auf, die Temperatur steigt bis 41° C., der Puls bis 135. Vom 11. Tage an fällt die Temperatur allmählich ab. Vom 16. Tage an sind normale

Temperatur und normaler Puls zu verzeichnen. Am 20. Tage wird an der rechten großen Schamlippe ein kleiner Abscess gespalten. Am Tage darauf steht die Wöchnerin auf und verlässt am 24. Tage post partum vollständig gesund die Abtheilung.

Die weibliche Frucht zeigte keine Fäulniserscheinungen. Rumpf und Beine hatten eine Länge von 30 cm, Kopf und Hals 10 cm. Das Gewicht ohne Gehirn betrug 1170 g. Der Hals ist zwischen dem 6. und 7. Halswirbel gerissen. Die Rissränder sind gezackt. Beide Beine, namentlich das linke, sind roth violett verfärbt und stark geschwollen. Am linken Beine sind die Epiphysen des Oberschenkels und die oberen Epiphysen der Tibia und Fibula abgelöst.

In der Besprechung des Falles 56 erwähnt Neugebauer des Gutachtens des Dr. Rewolinski, der zur Ansicht neigt, dass die Gebärende selbst kaum im Stande sei, den Rumpf vom Kopfe zu trennen, sei es auch bei einer unzeitiggeborenen oder todtfaulen Frucht. Diese Ansicht könnte auch den Experimenten von Strauss (Virchow's Arch. Bd. XXX) entsprechend erscheinen, bei denen im Durchschnitt erst 10 Centner bei einer Belastungsdauer von 10 Minuten die Abreißung des Rumpfes vom Kopfe zu Stande brachten. Bei der Leiche eines schlechtgenährten Mädchens, die 11 Tage auf einem Sumpfe gelegen hatte, war eine Belastung von 7 Centnern 15 Pfund während 6 Minuten nothwendig, um die Zerreißung zu ermöglichen.

In unserem Falle war das Kind zwar nicht ausgetragen, jedoch frischtodt oder vielleicht sogar noch lebend, als die Traktionen am Fuße vorgenommen wurden. Uns will es jedoch scheinen, dass das Resultat der Strauss'schen Experimente bei Beurtheilung der Fälle, in denen die Mutter selbst die Zerreißung zu Stande bringt, nicht herangezogen werden dürfe, weil hier erstens eine besondere Zugrichtung und zweitens wohl kein kontinuirlicher, sondern ein ruckweise wiederholter Zug in Anwendung kommen muss. In unserem Falle liegt die strikte Angabe vor, dass die Frau, auf dem Rücken liegend, den Kindsrumpf nach oben genommen und zu sich hinauf gezogen habe. Auf diese Weise wird der Hals des Kindes um die Symphyse herumgebogen und gebrochen, wodurch bei viel geringerer Kraftanwendung die Trennung der Halswirbel geschehen kann, als bei einer Zugrichtung, die der Achse des Kindskörpers entspricht. Berücksichtigt man also die Zugrichtung und die Möglichkeit der ruckweise wiederholten Traktionen, so ist man nicht gezwungen, in foro die Möglichkeit der Zerreißung beim Akte der Selbsthilfe abzulehnen und der Vermuthung Raum zu geben, es seien die Angaben falsch und der Kopf des geborenen Kindes »abgedreht oder abgeschnitten«, zumal wenn es sich um nicht ausgetragene oder gar todtfaule Früchte handelt. Die Feststellung der Rissstelle kann hier unseres Erachtens des Weiteren zur Beurtheilung herangezogen werden. Während bei den Strauss'schen Experimenten die Halswirbelsäule meist zwischen Atlas und Epistropheus riss, muss die Rissstelle tiefer am Halse liegen, wenn die Halswirbelsäule um die Symphyse gebrochen wird, denn der Kopf ist, sei es vom Uterus — wie in unserem Falle — sei

es vom Beckeneingange relativ hoch festgestellt, sonst müsste er dem Zuge folgen. In der That ist in unserem Falle die Zerreißung zwischen dem 6. und 7. Halswirbel erfolgt. Auch im Falle Mende (cf.. Neugebauer 38—40) befindet sich die Rissstelle in der Mitte des Halses.

Da das forensische Interesse an hierher gehörigen Fällen uns fast größer erscheint, als das therapeutische, habe ich mir obige etwas ausführlichere Bemerkungen erlaubt.

VII.

Berichtigung zum Aufsatze des H. Arthur Mueller „Was sind Stirnlagen" in No. 13 d. Bl. 1901.

Von

Dr. Levison in Köln a/Rh.

Der oben citirte Aufsatz enthält einen Fehler, den richtig zu stellen ich für angezeigt halte.

Mueller konstruirt eine neue Form der Stirnlage, die er »Positio occipitalis posterior« nennt, indem er sich auf den im Börner'schen Reichs-Medicinal-Kalender enthaltenen Abriss der geburtshilflichen Operationslehre von Prof. H. Freund beruft. Nun ist aber dem Autor der bedenkliche Irrthum unterlaufen, dass er die Figur, die im Texte ausdrücklich als Illustration der »Zange bei Vorderhauptslage« angegeben ist, desshalb, weil sie zufällig innerhalb der Spalten des mit *E.* »Zange bei Stirnlagen« bezeichneten Passus Platz gefunden, als bildliche Darstellung einer Stirnlage betrachtet hat. Es ist Freund gar nicht eingefallen, eine neue Stirnlage anzugeben, — es hat also auch die von Mueller als No. III bezeichnete Positio occipitalis posterior mit einer Stirnlage nichts zu thun.

Bei aufmerksamem Durchlesen des betreffenden Abschnittes hätte sich der Irrthum gut vermeiden lassen!

VIII.

Ein Fall von Eklampsia tardissima, 8 Wochen post partum.

Von

Dr. med. Göz,
prakt. Arzt in Tübingen.

Bei der Seltenheit des Vorkommens von Eklampsia tardissima und da sich in den Kliniken wohl noch weniger als in der Praxis Gelegenheit bieten wird zu derartigen Beobachtungen, möchte ich mir erlauben, folgenden von mir jüngst in Tübingen beobachteten Fall zu veröffentlichen.

Frau Lokomotivführer C., 25 Jahre alt, war am 7. Januar 1901 zum ersten Male niedergekommen, die Geburt erfolgte leicht und spontan unter der Leitung der Hebamme. Das Wochenbett war völlig normal, so dass die Pat. im Laufe der 2. Woche das Bett verlassen hatte. Am 7. März, also 59 Tage nach der Geburt erlitt die Pat. Morgens 7 Uhr, kurz nachdem sie ihr Kind gestillt hatte, einen Krampfanfall; eine Stunde später sah ich die Kranke zum ersten Male, sie war völlig bewusstlos, das Gesicht cyanotisch und gedunsen, die Pupillen reagirten nicht, Puls verlangsamt, Temperatur normal, Urin enthält Eiweiß und zwar zeigt sich beim Kochen etwa $^1/_8$ Volumgehalt.

Mittags desselben Tages wiederholte sich wiederum beim Stillen des Kindes der Krampfanfall, doch war dieser weniger heftig, um 5 und 8 Uhr Abends traten nochmals zwei kürzere und schwächere Anfälle auf, im Laufe des ganzen Tages also 4. Bei größeren Dosen von Brom ging das den ganzen Tag anhaltende Koma Abends in ruhigen Schlaf über, aus welchem die Kranke am folgenden Tage ohne Erinnerung an ihre Anfälle erwachte, sie fühlte sich noch etwas matt, konnte jedoch wieder Nahrung zu sich nehmen und ihr Kind theilweise weiter stillen. Der Eiweißgehalt des Urins ging in den folgenden Tagen wieder zurück und war am 11. März vollständig verschwunden. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass es sich hier um eine echte Eklampsie in der Laktationsperiode handelt, 8 Wochen nach einer spontan verlaufenen Geburt und nach ganz normal verlaufenem Wochenbett.

Die Pat. war auch früher stets gesund gewesen, außer einer in den Entwicklungsjahren überstandenen Chlorose, an epileptischen Anfällen hatte weder sie selbst noch irgend einer ihrer Angehörigen zu leiden gehabt. In den, den Anfällen vorhergehenden Tagen war der Pat. aufgefallen, dass sie besonders Nachts stärker schwitzte; Prodromalerscheinungen, wie Übelkeit, Kopfweh, wurden von der Pat. nicht angegeben.

Bei den heißen Einwicklungen, die ich selbst vornahm, hatte ich bemerkt, dass in der Haut der Pat. zahlreiche, eigenthümliche, punktförmige, weiße Knötchen auf leicht cyanotischer Grundlage sich abhoben, welche besonders an den beiden Brüsten und auch an dem Nates deutlich waren.

Es kam mir desshalb der Gedanke, dass irgend eine Störung der zur stärkeren Transpiration neigenden Haut eingetreten sein konnte, welche zur Retention der durch die Haut auszuscheidenden Stoffe Anlass geben mochte. Vielleicht hat dies im Verein mit dem Reize des Stillens den Anlass zum Ausbruche der Krämpfe gegeben.

IX.

Über den Bau der menschlichen Placenta.

Von

K. Blacher in Reval.

Die menschliche Placenta ist wohl das einzige Organ, dessen Bau bis jetzt nicht mit wünschenswerther Sicherheit festgestellt ist und das die verschiedensten Meinungen veranlasst hat. Diese Erscheinung ist eine Folge dessen, dass man hofft, Klarheit über die Entwicklung und das Wesen dieses Organs durch Untersuchung möglichst junger menschlicher Eier zu erhalten; leider hat man dabei keinen Anhalt, die normalen von den pathologischen Erscheinungen zu scheiden. Daher habe ich in den letzten Jahren nur ausgetragene normale Placenten untersucht in der Hoffnung, dabei auch Hinweise auf die frühesten Entwicklungsstufen derselben zu erhalten.

Bei der folgenden Beschreibung des Baues der Placenta muss ich natürlich auch vieles längst Bekannte berühren und eigene Angaben (Archiv f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. X, XIV, LVII, LIX) wiederholen.

Fötalwärts bildet das Chorion die eine, uterinwärts die Decidua (serotina) die andere Wand der Placenta; vom Chorion gehen eine Menge Zottenstämme ab und dringen bis in die Decidua; auf dem Wege bilden sie ein dichtes Netz von Zweigen, so dass es die Form eines vielstämmigen Strauches hat. Von der Decidua gehen ebenfalls Ausläufer bis zur uterinen Fläche des Chorion (Schlussplatte von Winkler); dieselbe bildet demnach noch einen zweiten Strauch, der in entgegengesetzter Richtung in den ersten hineingewachsen ist; beide strauchförmige Gebilde haben in Folge gemeinsamen Wachsthums ein dichtes Geflecht gebildet und die anfänglich an einander gelagerten Flächen beider Membranen an dieser Stelle aus einander geschoben.

Die Chorionzotten bestehen aus ziemlich kleinen Arterien und einem verhältnismäßig großen Kapillar- und Venennetz; letztere beide stellen sich nach Bearbeitung mit Argentum nitricum als einfaches Endothelrohr mit großen blassen Kernen dar und können an solchen Stellen, wo sie sich vom umgebenden Gewebe gelöst haben, deutlich beobachtet werden.

In der Decidua der abgelösten Placenta findet man 2 Arten von Gewebe: das eine besteht aus großen Deciduazellen und findet sich in derselben inselförmig zerstreut, besonders in den Furchen zwischen den Cotyledonen; es dringt zuweilen auch in die Basis der dickeren Placentarbalken, nimmt daselbst eine centrale Lage ein, entfernt sich aber nicht bedeutend von der Decidua. Das andere besteht aus hellem, homogenem, bisweilen auch leicht gestreiftem Bindegewebe, das die placentare Fläche der Decidua überzieht, stellenweise die ganze Dicke derselben einnimmt und in die vorhandenen Theile der Scheidewände der bei der Geburt durchtrennten ampullären Schicht (Langhans) übergeht. Das eine Gewebe geht in das andere ohne scharfe Grenze über, und beide variiren sehr in ihrer Menge und Anordnung.

Von den dickeren Stellen des hellen Bindegewebes der Decidua gehen Fortsätze (Balken) in die Placenta bis zum Chorion; sie bestehen aus hellem homogenen, stellenweise auch streifigem Bindegewebe, in welches ausnahmsweise vereinzelte Deciduazellen eingebettet sind. In diesem hellen Bindegewebe findet man nach Färbung mit Hämatoxylin große ovale, flache, schwach gefärbte Kerne einzeln oder in Gruppen, in Form von Riesenzellen und als Massen kleinerer und dickerer, stark gefärbter Kerne, welche durch ein helles Protoplasma verbunden sind. Dieses kernreiche Protoplasma, das verschiedene Namen hat (Mantelgewebe, Syncytium, Ektoderm, Trophoblast u. A.), bildet auch den charakteristischen Überzug der Zotten und zieht sich als dünne Endothelmembran mit großen hellen Kernen

von der Oberfläche einer Zotte zu anderen. Auch an der Oberfläche der Balken und der placentaren Fläche der Decidua findet man dasselbe oft in großer Menge; hier kann man das seltene Bild erhalten, dass die eine Hälfte einer Gefäßwand aus diesem, die andere aus homogenem Bindegewebe besteht — ein Beweis für die Identität beider Gewebe. Nach den von mir gemachten Beobachtungen stellt sich der Übergang des kernreichen Protoplasmas in homogenes Bindegewebe so dar, dass in Folge Wachsthums des Protoplasmas die Kerne desselben aus einander weichen, sie selbst werden größer, zugleich verlieren sie allmählich ihre linsenförmige Gestalt und den Chromatingehalt, verwandeln sich zuletzt in dünne Blättchen, welche so wenig Farbstoff annehmen, dass sie in der Masse des zu Bindegewebe gewordenen Protoplasmas nicht mehr hervortreten.

Einen weiteren Beweis für die Identität beider Gewebe geben Zotten, deren kernreicher Syncytiumsaum an einzelnen Stellen aus hellem homogenen Bindegewebe besteht; statt eines hellen kernlosen Saumes findet man bisweilen scheinbar eine Lücke, doch wird das dieselbe ausfüllende dünne Endothelblatt mit großen hellen Kernen sichtbar an solchen Stellen, wo es sich von der Zotte abgelöst hat; es können sich vom Zottenrande auch mehrere solcher Blätter lösen. Zellgrenzen habe ich an den Wänden der intevillösen Räume nach Einwirkung von Argentum nitricum nicht gesehen; Konturen von Endothelzellen fand ich nur an der placentaren Fläche der Decidua.

Syncytium und seine Übergangsformen zu homogenem Bindegewebe müssen also als Ganzes betrachtet werden, wenn man ein klares Bild vom Bau der Placenta erhalten will; ich habe dasselbe in meinen veröffentlichten Arbeiten Endothelgewebe benannt; schon vor 25 Jahren habe ich darauf hingewiesen, dass das Syncytium ein junges Endothel ist; dieselbe Ansicht hat etwas später Turner (Centralblatt f. Gynäkologie p. 684: Syncytium und Deciduoma malignum) und neuerdings Pfannenstiel (p. 603) ausgesprochen; die zahlreichen Kombinationen der Entwicklungsstufen des Endothelgewebes bedingen die außerordentliche Mannigfaltigkeit des mikroskopischen Bilder.

Das Endothelgewebe bildet nicht nur die Placentarbalken und die Wände der intervillösen Räume; es besitzt bekanntlich auch die Eigenschaft, Vakuolen verschiedener Größe zu bilden; rechnet man zu letzteren auch die schon erwähnte Bildung von Gefäßwänden und die intervillösen Räume, so kann man nicht umhin, demselben eine gefäßbildende Eigenschaft zuzuschreiben. Außer den Vakuolen verschiedenen Umfangs, die ich gleich als Venen bezeichnen will, besitzt das Endothelgewebe noch ein System feiner Kanäle; die größten derselben übersteigen nur wenig das Lumen der Kapillargefäße; sie verlaufen in dem homogenen Bindegewebe der Decidua und der Balken gruppenweise und ersetzen auf diese Art durch ihre Zahl die ungenügende Größe. Wegen ihrer Kleinheit sieht man sie deutlich nur an sehr dünnen Schnitten; je dünner der Schnitt, desto

zahlreicher sind die Lumina der Gefäße. Sie stellen das arterielle System der Placenta dar und dringen, indem sie in den zahlreichen Verästelungen der Balken verlaufen, zu allen Zotten derselben; hier sieht man sie an einer oder mehreren Stellen der Zottenoberfläche, wo sie zu einem dichten Netze außerordentlich feiner Kapillaren zerfallen, welche zwischen den Fötalgefäßen verlaufen und mit kleinen dunkel gefärbten Kernen versehen sein können; auch im Deckblatte der Zotten findet man feine Kapillaren. An und in den Zotten sind alle Entwicklungsstufen des Endothelgewebes vertreten. Im Allgemeinen kann man dort eine höhere Entwicklungsstufe desselben erwarten, wo das mütterliche arterielle Blut in reichlicher Menge fließt. Einzelne Arterien treten auch isolirt aus der Decidua zu den naheliegenden Zotten.

Um das nach mikroskopischen Befunden dargestellte mütterliche Gefäßsystem auf seine Richtigkeit zu prüfen, hätte ich gern eine frische schwangere Gebärmutter injicirt; eine solche stand mir nicht zur Verfügung, daher musste ich mich mit der Placenta allein behelfen. Nach dem oben Mitgetheilten konnte hier nur durch eine horizontal in die Decidua eingeführte möglichst feine Kanüle mit Aussicht auf Erfolg injicirt werden. Da man das homogene Bindegewebe an der frischen Placenta nicht erkennen kann, musste es dem Zufalle überlassen werden, ob die Spitze der Kanüle in dieses Gewebe, in eine Vene oder eingewachsene Zotte gedrungen ist. Nach vielen missglückten Versuchen gelang mir die Injektion der Arterienbündel der Decidua und der Balken mit neutraler Karminlösung; die injicirte Masse drang auch in das Deckblatt der Zotten und in die feinen Kapillaren zwischen den fötalen Gefäßen derselben.

Das Resultat meiner Untersuchungen ist also folgendes:

1) Die menschliche Placenta besteht nur aus 2 Geweben, dem mütterlichen Endothelgewebe und dem Choriongewebe; beide sind ausschließlich Gefäßsysteme, die aufs innigste mit einander verflochten sind; das dichte mütterliche Venennetz verläuft zwischen den Stämmen und größeren Zweigen der Choriongefäße, theilt also die Schnittfläche der Placenta in Inseln von verschiedener Form und Größe; auf diese Art entstehen die Zotten mit ihrer Endothelhülle.

2) Das Syncytium ist ein junges mütterliches Endothel und kann unter dem Einflusse der Schwangerschaft überall entstehen, wo ein Endothelblatt vorhanden ist; daher ist die Annahme einer Wanderung oder arrosiven Eigenschaft desselben (Eden, Solesco-Stroganoff) überflüssig.

3) Das ganze mütterliche Gewebe der Placenta ist neugebildet aus einem kleinen Theile der oberflächlichen Schleimhautschicht des Uterus mit ihren Kapillen; darin besteht an dieser Stelle des Uterus der ganze Verlust an Gewebe bei der Geburt.

4) Zwischen dem mütterlichen und fötalen Blute befindet sich eine doppelte Endothelmembran.

X.

(Aus der gynäkologischen Klinik das Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors [Finnland].)

Zur Kenntnis der pathologischen Anatomie des Endometriums.

Vorläufige Mittheilung.

Von

Reguel Löfqvist.

Auf die Aufforderung von Prof. Engström und unter seiner gütigen Leitung habe ich in Verbindung mit anderen Untersuchungen eine mikroskopische Prüfung des Endometriums von Myompatientinnen angestellt. Da die gewonnenen Resultate, meines Erachtens, in einer nicht ganz unwesentlichen Weise zur Auffassung pathologischer Veränderungen des menschlichen Endometriums im Allgemeinen beizutragen scheinen, will ich in einer kurzen vorläufigen Mittheilung meine Resultate und die Betrachtungen über die allgemeine Pathologie des Endometriums, zu welchen sie unmittelbar Anlass geben, aus einander setzen.

Die Untersuchungen betreffen eine Anzahl von 40 Myompatientinnen, von welchen in 35 Fällen das Endometrium durch Curettage, in 3 Fällen nach Chrobak's Amputation und in 2 Fällen bei Nekroskopie von an akuten Krankheiten gestorbenen Frauen erhalten wurde. Alle durch Curettage erhaltenen Schleimhautstückchen habe ich möglichst genau zu sammeln versucht, in Sublimat fixirt und in dünnen Paraffinschnitten, zwischen 5 und 10 Mikronen wechselnd, untersucht. In anderen Fällen, wo die Schleimhaut in situ der Untersuchung zugänglich war, habe ich eben solche Schnitte an mehreren verschiedenen Stellen gemacht: im Fundus, längs den Wänden und nahe der Cervix, sowie auch durch die Cervix selbst. Wo der Tumor entweder nahe an die Mucosa gestoßen oder ganz submukös gewachsen war, ist dieses besonders beachtet worden, durch Schnitte dicht oberhalb des Tumors, bei der Umgebung desselben und an der entgegengesetzten Seite der Uterinkavität. Mit einigen Ausnahmen habe ich mich im Allgemeinen mit der Färbung nach v. Gieson begnügt, nachdem ich mich davon überzeugt hatte, dass diese Methode über alle die Fragen, welche ich speciell zu beachten wünschte, deutlichen Aufschluss gab. Nachdem eine ansehnliche Zahl dieser Fälle mich überzeugt hatte, dass es keine für Myombildung charakteristische Veränderungen in der Schleimhaut gebe, wenn man nämlich von den rein mechanischen Verhältnissen absieht, welche ein submuköser Tumor zufolge des Druckes und der Spannung hervorruft, habe ich weiter alle anderen zugänglichen, sowohl hämorrhagischen als auch katarrhalen Endometritisfälle untersucht, sei

es, dass die Adnexe angegriffen waren oder keine nachweisbaren Veränderungen zeigten.

Ohne mich hier auf eine detaillirte Auseinandersetzung der verschiedenen Veränderungen in diesen Präparaten einzulassen, will ich nur über diejenigen Befunde näher berichten, welche, meines Erachtens, eine größere Bedeutung für die Auffassung von Veränderungen des Endometriums im Allgemeinen haben können.

Die überwiegend größte Anzahl der Endometrien von Myompatientinnen zeigt ein Bild, das mit der in der Litteratur unter dem Namen der hyperplastischen Endometritis allgemein bekannten Form übereinstimmt, eine lockere, bedeutend verdickte Schleimhaut, wo das Flächenepithel gut beibehalten ist und die verschiedenen Elemente eine deutliche Hyperplasie zeigen. Die Drüsen sind vermehrt und gewunden, besonders in den tieferen Schichten nahe dem Muskelgewebe, ohne jemals Bilder des Adenoms oder eine maligne Neubildung aufzuweisen. Und das interstitielle Gewebe, Stratum proprium, zeigt ebenfalls eine deutliche Hyperplasie, eine Veränderung, welche man nach oberflächlicher Prüfung mit kleiner Vergrößerung (70- bis 150mal) einfach eine Endometritis interstitialis zu nennen geneigt wäre. Außer diesen Bildern bietet das Endometrium in einigen wenigen Fällen bei Myoma so kleine Veränderungen dar, dass man besonders an einigen begrenzten Stellen dasselbe normal nennen kann. Aber außer allen diesen giebt es andere Myomfälle, wo das mikroskopische Bild Inseln von Zellen zeigt, die sich gar nicht oder so wenig von Deciduazellen, sowohl in Form, als Größe und Färbungsverhältnissen, unterscheiden, dass es in keiner Weise möglich ist, einen Unterschied zu machen zwischen ihnen und den Deciduazellen, wie diese in der Endometritis exfoliativa dysmenorrhoica und bei extra-uteriner Gravidität überall beschrieben werden. In einem Falle zeigt sich beinahe das ganze Endometrium voll von dergleichen Zellen, nur in den tieferen Schichten, wo sich die Drüsen am meisten vermehrt haben, giebt es alle »Übergangszellen« bis zur wohlbekannten fixen Zelle, wie sie sich in einem normalen Endometrium zeigt, mit einem kleinen, runden, intensiv färbbaren Kern und keiner mit gewöhnlicher Vergrößerung nachweisbaren Protoplasmazone um denselben herum. Und prüft man alle diese Präparate genau mit stärkerer Vergrößerung (500mal), so wird man frappirt, alle denkbaren Übergänge zwischen diesen 2 Zellenarten, der normalen Zelle in einem gewöhnlichen Endometrium und der ausgebildeten Deciduazelle, zu finden. In den Fällen, wo deutliche Inseln von Deciduazellen vorkommen, findet man außer diesen andere Stellen, wo die Zellen noch kleiner sind, aber einen großen Kern zeigen, mit gewöhnlich ein paar Kernkörpern und Chromatinkörnern mit Übergangsformen bis zu der gewöhnlichen fixen Zelle. In den Fällen, wo eine gleichmäßige Hyperplasie, ohne nachweisbare Deciduazellen, vorkommt, gleichen die vermehrten und vergrößerten Zellen vollkommen diesen »Übergangsformen« mit ihren großen,

ovalen Kernen und einem kleinen Zellkörper, oder anderen Zellen, wo noch Protoplasmazone nachweisbar ist.

Es kann wohl nie, nach Prüfung dieser Präparate, ein Zweifel herrschen hinsichtlich des Ursprungs dieser verschiedenen Zellenformen. Sie sind Abkömmlinge derselben Zelle und zeigen nur verschiedene Entwicklungsgrade in der Serie, wo die normale Deciduazelle den Höhepunkt ausmacht.

Aber ist dieses möglich? Die allgemein verbreitete Ansicht erblickt ja stets in der Deciduazelle etwas für die Gravidität Charakteristisches, und in diesen von mir untersuchten Fällen konnte von einer solchen Möglichkeit gar nicht die Rede sein. Werfen wir einen Blick auf einige frühere Untersuchungen und vergleichen wir ihre Resultate mit den meinigen, so glaube ich, dass die Sache eine ziemlich einfache und natürliche Erklärung finden wird. Schon 1880 beschreibt Ruge[1], als von der interstitiellen Endometritis die Rede war, seltene Fälle, wo er ganz die gleichen Übergangszellen mit großem, ovalem Kern und auch dann und wann Inseln gefunden hat, deren Zellen den Deciduazellen täuschend ähnlich sahen. Gegen Wyder polemisirend, welcher auf der Meinung bestand, die Deciduazellen seien specifisch für die Gravidität, schreibt Ruge[2] ausdrücklich, dass die Deciduazellen nicht charakteristisch sind für die Schwangerschaft, obwohl sie am öftesten auf dieselbe deuten, und führt ein paar Fälle an, in welchen er ohne Gravidität Deciduazellen und »Übergänge zur Deciduazelle« gefunden hat. Warum dieser, auch später von Ruge verfochtenen Ansicht in der Litteratur keine Beachtung geschenkt worden ist, und warum sie keine bedeutenderen Untersuchungen veranlasst hat, lässt sich schwer verstehen. Dennoch stehen seine Untersuchungsresultate nicht allein. Amann[3] z. B. sagt von den fixen Zellen im Stratum proprium, dass sie in der hyperplastischen Endometritis sich vermehren und größer werden, und bemerkt speciell, der Zellkörper nehme in seltenen Fällen so an Größe zu, dass die Zellen von »echten« Deciduazellen schwer zu unterscheiden sind. Auch Heinricius[4] beschreibt solche große Kerne und sagt, dass er in seltenen Fällen Deciduazellen gefunden hat. Füge ich nun meine eigenen Befunde hinzu, so ist ja das Vorkommen der Deciduazellen außer der Gravidität bereits aus diesen Gründen — um nicht zu viel sagen — ziemlich wahrscheinlich.

In der Endometritis exfoliativa dysmenorrhoica muss wohl das Vorhandensein von Deciduazellen als festgestellt betrachtet werden.

---

[1] K. Ruge, Zur Ätiologie und Anatomie der Endometritis. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. V. 1890. p. 320.

[2] K. Ruge, Ist die Deciduazelle für Gravidität charakteristisch? Centralblatt für Gynäkologie Jahrgang V. 1881. p. 287.

[3] J. A. Amann, Kurzgefaßtes Lehrbuch der mikroskopisch-gynäkologischen Diagnostik. Wiesbaden, 1897. p. 74.

[4] G. Heinricius, Bidrag till kännedom om endometrium's mikroskopiska anatomi. Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXVIII. 1886. p. 283. — Auch im Arch. für Gynäkologie Bd. XXVIII. Hft. 2.

Auch diejenigen Verf., welche noch von »echten« Deciduazellen und Zellen, die solchen ähnlich sind, reden, scheinen nicht bestimmen zu können, worin der Unterschied eigentlich besteht. In der Auseinandersetzung von Amann[5] kann ich unmöglich etwas anderes finden, als Verschiedenheit in der Größe und Fehlen einer »gegenseitig abplattenden Beschaffenheit« bei den »unechten« Deciduazellen. v. Franqué[6] hat indessen längst durch direkte Messungen gezeigt, dass ein eigentlicher Unterschied in der Größe nicht existirt, und auch meine Präparate weisen eine deutliche »gegenseitig abplattende Beschaffenheit« auf. Meyer[7] glaubt im Ursprunge der Zellen einen Unterschied gefunden zu haben. In der Endometritis exfoliativa seien die Deciduazellen Abkömmlinge von Leukocyten, wogegen die »echten« Zellen aus den fixen Stratum proprium-Zellen ihren Ursprung erhalten. Diese Behauptung braucht keine weitere Erklärung. Auch Gebhard[8] glaubt an einen Unterschied, doch gelingt es ihm nicht zu zeigen, worin dieser besteht. Da also ein Unterschied zwischen diesen beiden Zellenarten nicht nachgewiesen werden kann, hat v. Franqué, meiner Ansicht nach, vollkommen Recht, die vorsichtige Benennung »deciduaähnliche Zellen« zu verwerfen und die Zellen kurz Deciduazellen zu nennen. Aus demselben Grunde gebe auch ich in meinen Präparaten diesen Zellen denselben Namen.

Denken wir uns nun diese Resultate, Deciduazellen und alle möglichen Übergangsstadien sowohl in der Endometritis exfoliativa als auch in den Zuständen der weiblichen Genitalien, welche bei der Myombildung in der Gebärmutter hervorgerufen werden, so gelangen wir zu demselben Resultate, welches Ruge bereits ausgesprochen: dass Deciduazellen nicht für Gravidität charakteristisch sind. In diesem Zusammenhange gehe ich nicht auf die Diskussion ein, woher in diesen Zuständen die deciduabildende Reizung kommt; wahrscheinlich ist wohl, dass die Myombildung an und für sich dieselbe nicht hervorbringt. Da ich später auch die Mucosa anderer Gebärmütter, in welchen eine Endometritis klinisch nachgewiesen war, theils Fälle, wo in den Adnexa durch bimanuelle Palpation nichts Abnormes gefunden werden konnte, theils solche, wo die Adnexa angegriffen gewesen, untersucht und auch in diesen Fällen Veränderungen gefunden habe, die deutliche Übergangsformen zur Deciduabildung zeigen (Deciduazellen habe ich nicht gefunden), liegt es wohl ziemlich auf der Hand, in diesen Veränderungen etwas für viele Endometritiden Charakteristisches zu sehen, um nicht von Endometritiden im Allgemeinen zu reden.

---

[5] Amann, l. c. p. 46—48 u. p. 74.

[6] O. v. Franqué, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Endometritis exfoliativa. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XXVII. 1893. p. 1.

[7] H. Meyer, Zur pathologischen Anatomie der Dysmenorrhoea membranacea. Arch. für Gynäkologie Bd. XXXI. 1887. p. 70.

[8] G. Gebhard, Dysmenorrhoea membranacea. Veit's Handbuch der Gynäkologie Bd. III. p. 95.

Wenn wir uns ein normales Endometrium und eine physiologische Funktion denken, so ist ja die Decidua der Höhepunkt der formativen Reizung, welche eine normale Schwangerschaft auf die Schleimhaut der Gebärmutter ausübt. Die Anatomie derselben ist allgemein bekannt, ich will nur speciell auf die Vermehrung der Drüsen in den tiefsten (nahe dem Muskelgewebe) Schichten hinweisen. Im Anfange der Gravidität kann man deutlich auch in normaler Decidua alle Übergangsstadien zwischen einer fixen Stratum proprium-Zelle und der voll ausgebildeten Deciduazelle (z. B. v. Franqué[9] und Gottschalk[10]) sehen. Denken wir weiter an die physiologischen Veränderungen im Puerperium (und nach Abortus), wie sich die nachgebliebenen Deciduazellen wieder in normale Stratum proprium-Zellen verwandeln, und wie die nachgebliebenen Drüsenveränderungen eine physiologische Funktion zeigen, sowohl das Flächenepithel als auch die sog. Uterindrüsen zu regeneriren, so sehen wir die Physiologie des Endometriums in groben Zügen vor uns. So lange also die physiologische Reizung, eine Gravidität, besteht, reagirt das Endometrium mit dieser Deciduaveränderung, und nachdem die Reizung aufgehört hat, nehmen die Zellen (auch das Epithel) ihre normale Form wieder an. Denken wir nur an Beispiele aus der allgemeinen Physiologie, wie eine Muskelzelle mit ihrer specifischen Funktion auf eine natürliche, physiologische Nervenreizung, aber auch auf andere, künstliche Reizungen reagirt, mögen sie den zum Muskel gehörenden Nerv oder den Muskel selbst treffen. Desgleichen reagiren die specifischen Drüsenzellen, z. B. in den Speicheldrüsen, auf physiologische Reizungen und eben sowohl auf die Einwirkung von Pilokarpin und anderen Giften mit einer Zellthätigkeit, der physiologischen vollkommen gleich. Ist es denn undenkbar, dass ein Endometrium ähnliche Verhältnisse darbieten könnte? Eine extra-uterine Schwangerschaft ist nicht mehr physiologisch, und dennoch reagirt das Endometrium auf diese vitale Reizung mit einer Deciduabildung. In der Decidua menstrualis ist nicht einmal die Rede von Gravidität, und doch reagirt das Endometrium mit einer Decidua. Und wie meine Präparate zeigen, geschieht solches auch unter anderen Verhältnissen. Jedoch giebt es wohl in einer solchen Reaktion auch alle Übergänge. Ist die Reizung keine genügende, so entstehen alle diese Übergänge zur Deciduabildung. Das ist es, wohin ich gelangen wollte. Wenn man sich die Erklärung eines pathologischen Befundes im Endometrium denkt, muss auch dieser Umstand hinzugezogen werden. Es ist ja selbstverständlich, dass eine Infektion das Endometrium auf eine andere Weise reagiren lässt, als eine in ihm befindliche Tumorbildung, und dass Tuberkulose im Endometrium andere Veränderungen hervorruft, als eine chronische hyperplastische Endometritis; jedoch ist wohl ebenso klar, dass die

[9] Franqué, l. c. p. 28. u. 29.

[10] S. Gottschalk, Ein Uterus gravidus aus der fünften Woche, der Lebenden entnommen. Arch. für Gynäkologie Bd. XXIX. p. 495.

physiologische Veränderung außerdem wenigstens in vielen Fällen sich geltend machen kann. Es ist a priori anzunehmeu, dass die chronischen, nicht infektiösen Fälle am meisten solche Veränderungen darbieten. Und es ist wohl auch kein Zufall, wenn Olshausen[11], bei Beschreibung der fungösen Endometritis, ausdrücklich betont, dass sie »— — — allemal mit dem Orificium internum abschnitt — wie die Deciduabildung«.

Wird diesem Sachverhalt, den so zu sagen physiologischen Veränderungen, genügende Beachtung geschenkt, so ist es meine Überzeugung, dass unsere Endometritiden: Endometritis glandularis, interstitialis und Mischformen bedeutend an Klarheit gewinnen. Wohl können wir nie fordern, dass die pathologischen Veränderungen irgend einem Schema ganz folgen werden, aber mit Abweichungen nach verschiedenen Seiten hin erklärt wohl stets ein gewisser Grad von Deciduabildung, warum die Drüsen besonders in den tieferen Schichten vermehrt, und warum die Zellen im Interstitium vergrößert und vermehrt sind, ohne von dem makroskopischen Befunde mit der über Partien oder das ganze Endometrium verbreiteten oft kolossalen Hyperplasie zu reden.

XI.

Über den weiteren Verlauf und den Ausgang meines Falles von „Syncytioma malignum vaginae“, nebst Obduktionsbefund.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

A. O. Lindfors in Upsala.

Das seltene Glück ist mir zu Theil geworden, diesen außerordentlich interessanten Fall bis zum Schlusse verfolgen zu können. Der frühere Verlauf war folgender:

Die Pat., Frau Maria Morin, 22 Jahre alt, hatte Anfang Juli 1900 eine etwas verfrühte, aber sonst regelmäßige Geburt durchgemacht; dieselbe bekam Anfang August einen leicht blutenden Tumor in der vorderen Vaginalwand und wurde am 1. September in die hiesige gynäkologische Klinik aufgenommen. Der walnussgroße Tumor, der bläulich durchschimmernd und erodirt war und in der Nähe des Orific. urethrae saß, wurde exstirpirt. Path.-anatomische Diagnose: Metastase von Syncytioma malignum. Am Uterus keine Symptome; eine Probeschabung gab vollkommen negatives Resultat, wesshalb von einer Totalexstirpation Abstand genommen wurde. Pat. stellte sich Anfang December wieder ein und zeigte auch dann keine Symptome am Uterus. Der Fall wurde als Syncytioma malignum vaginae ohne Geschwulstbildung im Uterus gedeutet.

Am 1. April 1901 trat die Frau wieder in die Klinik ein. Sie war jetzt leberkrank und sehr verändert, hatte auch Symptome von linksseitiger Pleu-

---

[11] R. Olshausen, Über chronische hyperplasirende Endometritis des Corpus uteri (Endometritis fungosa). Arch. für Gynäkologie Bd. VIII. p. 112.

ritis exsudativa. Pat. erzählte, dass sie bis Anfang März gesund gewesen war, dann aber trockenen Husten mit Kräfteverfall (Influenza) bekommen habe; am 23. März musste sie das Bett hüten. Status praesens: Subfebrile Temperatur; Puls 120. Linke Brusthälfte erweitert, matter Perkussionston über der ganzen Rückenfläche der linken Lunge, an den Seiten und vorn bis zum 5. Interkostalraume, Pektoralfremitus überall vermindert, Bronchophonie nur links oben. Kein Rasselgeräusch. Kein Rasselgeräusch. Herz nach rechts verschoben, Herzimpuls in rechter Parasternallinie. Herztöne normal; linke Lunge normal. Hellgrauer katarrhaler Auswurf beim Husten. Die Dämpfung und die Herzverschiebung ging weiter; der Allgemeinzustand wurde schlechter und Pat. wurde immer apathischer. Am 7. April Probepunktion und Aspiration von 200 g röthlichen Serums. Am 8. April Exitus. Während der letzten Stunden wurden inkoordinirte Bewegungen des rechten Auges nebst Pupillenerweiterung desselben beobachtet.

Am 9. April 1901 Obduktion (Laborator Westberg), aus dessen Protokoll folgender Auszug mir überliefert ist:

»Obduktionsprotokoll 1901, No. 60. Maria Morin, klinische Diagnose: Pleuritis exsud. sin. Der größere Theil der linken Lunge ist von einem Tumor eingenommen, dessen Centrum eine Kaverne bildet mit serös hämorrhagischem, flüssigem Inhalt (750 ccm). Die Lunge ist vergrößert und drängt die Brustwand, wie das Diaphragma und das Herz hervor. Die linke Pleurahöhle ist fest obliterirt, stellenweise fibrinöses Exsudat zwischen ihren Blättern. Die Geschwulstbildung ist theilweise auf den Herzbeutel und das Diaphragma übergegangen. Die Geschwulstgewebe sind grauröthlich, trocken, spröde und mit hämorrhagischen Herden durchsetzt. Metastasen von demselben Aussehen, aber Kleinerwerden in der rechten Lunge, in der Milz, im Gehirn, Leber, beiden Nieren und im Dünndarme angetroffen. Uterus und die übrigen Genitalien dagegen waren ganz frei von Geschwulstbildungen; die Narbe in der Vagina einfach und ohne Infiltration.

Kompressionsatelektase in den übrigen Theilen der linken Lunge; Stasis, Ödem und Bronchitis in der rechten Lunge; Hydropericardium; universelle venöse Stase in den Gebieten des großen Kreislaufs; Infektionsmilz, apostematöse Ulcera im Colon. Die mikroskopische Untersuchung der Metastasen zeigt typische Struktur von Chorio-epithelioma malignum (Syncytioma resp. Deciduoma malign.).

A. Westberg.«

Klinische Epikrise: Der Obduktionsbefund hat also die klinische Auffassung des Falles vollständig bestätigt und liefert noch den Beweis, dass das Syncytioma malignum post graviditatem ohne Miterkrankung des Endometriums auftreten kann. Die Deutung dieses Räthsels ist wohl noch nicht erfolgt. Vorläufig scheint es mir am wahrscheinlichsten, dass in meinem Falle eine Deportation von Placentarvillis auch in die linke Lunge gleichzeitig mit dem Auftreten des Vaginaltumors embolischerweise stattgefunden hat und dass diese daselbst verweilten, bis Anfang März 1901 das Syncytium zu proliferiren begann (vielleicht durch den Influenzakatarrh gereizt) und dann schnell eine allgemeine metastatische Destruktion der inneren Organe herbeiführte.

XII.

Über die Komplikationen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Herzfehlern[1].

Von
Joseph v. Jaworski,
Frauenarzt in Warschau.

Das hier zu besprechende Thema ist heut zu Tage noch unklar. Man ist in der Meinung über die Hypertrophie des Herzens im Allgemeinen uneinig, auch über deren Ursachen in der Schwangerschaft. Die Erläuterung der vortretenden Blutlaufdiskompensirung in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist sogar in jeder besonderen Periode verschieden.

Verschieden ist auch die Prognose bei solchen Komplikationen.

Die in solchen Fällen vorgeschriebene Kur ist sehr mannigfach, desshalb sind hier so viel Widersprüche anzutreffen.

Während Winckel und Wessner keine Gesundheits- oder Lebensgefahr für Schwangere in solchen Komplikationen sehen, Fehling die hier vortretenden Störungen mit der Ermattung der Herzkranken beim Hochsteigen vergleicht, finden Berry-Hart und Peter die Schwangerschaft für Herzkranke so folgenschwer, dass sie die Heirath ganz widerrathen. Dies wird verständlich, wenn wir hinzufügen, dass Winckel auf 20 Gravide mit Herzfehlern und Wessner auf 25 je eine zu Grunde ging, Peter auf 36 durch Schwangerschaft komplicirte Fälle 17 Aborte feststellte und Berry-Hart 8 Fälle von Mitralstenose mit tödlichem Ende beobachtete.

Wie gesagt sind die Autoren über die Hypertrophie des Herzens uneinig. Die physikalischen Hypertrophiesymptome sollen vom Herauftreiben des Zwerchfelles kommen, worauf das Herz der Brustkastenwand auf größerer Oberfläche näher kommt, was eine größere Dämpfungsgrenze ergiebt (Gerhardt).

Fritsch negirt die Herzhypertrophie als Folgezustand der Gravidität. Das Gefäßsystem und das Herz können leicht der vermehrten Blutmenge nachkommen, daraus kommt also keine richtige Hypertrophie, nur eine Herzdilatation — Aneurysma cordis passivum minimum. Ein normales Herz verträgt es gut, während ein krankes bald eine Kompensationsstörung aufweist.

Schlayer erklärt die annehmbare Herzhypertrophie in der Schwangerschaft anders. Eine erhöhte Herzarbeit zugebend, bedingt durch eine vermehrte Blutmenge wie erhöhten Blutdruck; geringere Exkursionsfähigkeit des Brustkastens; Kompression der Unterleibs-

---

[1] Vorgetragen auf dem IX. Ärztekongresse in Krakau in der gynäkologischen Sektion den 22. Juli 1900.

venen durch die vergrößerte Gebärmutter, traut Schlayer einem gesunden Herzen so viel »Reservekraft« zu, um den erhöhten Anforderungen nachzukommen und nicht in Hypertrophie zu verfallen. Das kranke, schon vor der Schwangerschaft schwache Herz neigt zur Hypertrophie, worin eben die Gefahr einer Kompensationsstörung und Herzmuskeldegeneration liegt.

Anatomisch-pathologische Untersuchungen und die Untersuchungen mancher Kliniker versuchen die Herzhypertrophie der Graviden anders zu erklären.

Larcher stellt (1826—1830) durch Beobachtung von 130 Fällen von secirten dem Puerperalfieber erlegenen Wöchnerinnen die Vergrößerung der normalen Wandung am linken Ventrikel um $^1/_4$ bis $^1/_3$ fest.

Blot kommt (1862) durch Wiegen und Messen der Herzen der verstorbenen Graviden zu demselben Resultate.

Dreysel versucht sogar diese Hypertrophie in Ziffern auszudrücken. Seiner Ansicht nach vergrößern sich beide Ventrikel bei Graviden wie bei Wöchnerinnen excentrisch, der linke mehr als der rechte. Bei jugendlichen und kräftigen Personen steigt das Verhältnis auf 1 kg Körpergewicht etwa 0,44 Herzgewicht.

Müller stimmt dieser Ansicht zu und macht die Hypertrophie direkt von dem vergrößerten Körpergewichte der Schwangeren abhängig. Das Herz erfährt eine der Massenzunahme des Körpers proportionale Vergrößerung.

So sind die Meinungen über die Herzhypertrophie während der Schwangerschaft und Wochenbett einigermaßen festgestellt. Die Franzosen stimmen meist der Meinung Larcher's zu, während die deutschen Verfasser, wenige ausgenommen, nur eine geringe Hypertrophie zugeben.

v. Leyden z. B. sagt, dass sogar das normale Herz in der Schwangerschaft Alterationen unterliegt, die einem kranken folgenschwer werden können.

In meinen Fällen konnte ich durch physikalische Untersuchung und im ersten auch durch Sektion die Vergrößerung des Herzens feststellen, besonders des linken Ventrikels.

Die meisten Forscher sehen den Grund der Hypertrophie in dem veränderten Blutdrucke, bedingt durch den neuen Placentarkreislauf und durch die vermehrte Blutmenge; in Folge erhöhten Widerstandes wächst die Hypertrophie.

Die auf die Vergrößerung des Herzens in der Schwangerschaft einwirkenden Umstände sind auch später in der Diskompensation der Herzfehler der Graviden und Wöchnerinnen von großer Wichtigkeit. Die Einschaltung des Placentarkreislaufes in der 2. Hälfte der Schwangerschaft erhöht den Blutdruck, der von der Leistungsfähigkeit des linken Ventrikels regulirt wird, und dem zufolge treten bei Mitralinsufficienz schwere Diskompensationssymptome in der 2. Hälfte der Schwangerschaft auf. Bei stark entwickeltem Herz-

fehler kann es vorkommen, dass das Herz den gestellten Anforderungen, besonders bei der Geburt, wo die Symptome am stärksten sind, nicht gewachsen ist.

In solchen Fällen ist eine künstliche Frühgeburt angezeigt (Spiegelberg).

Bei Mitralstenose mit Insufficienz treten schwere Diskompensationssymptome im Wochenbette auf, wo durch die Ausschaltung des Placentarkreislaufes der Blutdruck in den Venen sich vergrößert, und es ist möglich, dass der rechte Ventrikel das allerseits herbeiströmende Blut in die Art. pulmonalis hineinzudrängen unfähig ist, um so mehr als vom linken Ventrikel Widerstand geboten wird, und dem zufolge durch die mangelhafte Blutdekarbonisirung plötzlicher Tod eintreten kann, in Folge Herzparalyse oder Embolie.

Angesichts dessen räth Spiegelberg bei wenn auch theilweise kompensirter Mitralstenose von einer künstlichen Frühgeburt bestimmt ab. Auch andere Verfasser (Fritsch) halten die Mitralstenose für hochgradig gefährlich in der Schwangerschaft und bei der Geburt.

Den gefährlichen Puerperalstörungen legt Verf. das durch das Sinken des Blutdruckes im Gefäßsysteme der Bauchhöhle angehäufte Blut zu Grunde. Nach Fritsch strömt durch den kleinen Kreislauf weniger Blut ein, resp. die vis a tergo sinkt, und als Folgezustand tritt der gefährliche Circulus vitiosus auf. So begründet Fritsch die häufig vorkommenden hartnäckigen Puerperalblutungen bei herzkranken Wöchnerinnen.

Nach Schröder ist die Gefahr bei diskompensirtem Herzfehler während der Geburt und gleich nachher am größten, was er von der raschen Entleerung des linken Herzens in Folge minderen Blutdruckes in der Bauchhöhle abhängig macht. Als Folge des geringeren Blutdruckes tritt die Erschlaffung der Bauchwände, auch des Zwerchfelles auf, und nach Spiegelberg behauptet auch Schröder, dass das arterielle Blut in größerer Menge vom rechten Herzen eingesaugt wird. Folge dieser Störungen ist die Herzparalyse, in der Puerperalperiode öfters der Tod, bedingt durch Apoplexie oder Gehirnembolie.

Den in der Schwangerschaft vorkommenden Tod bringt Schröder mit der Herzmuskeldegeneration zusammen.

Nach Maurice Costa hängt der plötzliche Tod nach der Geburt immer von denjenigen Herzmuskeländerungen ab, die auf Grund vorangehender Funktionsstörungen oder Puerperalfiebers entstehen.

v. Leyden giebt in seinem berühmten Werke: »Über die Komplikation der Schwangerschaft mit chronischer Herzkrankheit« folgende Ursachen der Gefahr für herzkranke Gravide an:

In erster Reihe die den Schwangeren eigene unzureichende Herzhypertrophie oder deren Mangel, und die in Folge Herzinsufficienz abgeschwächte Funktionsfähigkeit.

Zweitens den erschwerten Kreislauf in der Lunge zu Ende der Schwangerschaft, während und nach der Geburt.

Zuletzt Störungen der Nierenfunktion.

Der ungünstige Einfluss dieser Komplikationen auf die Schwangerschaft führt zu den bei Schwangeren mit Herzfehlern oft vorkommenden Aborten und Frühgeburten. Hauptsächlich kommt es bei Multiparen vor, Primipare dagegen ertragen Herzfehler leichter.

In der Statistik finden wir folgende Ziffern darüber:

v. Leyden stellte auf 17 Schwangere mit Klappenfehlern 8 Aborte = 48% fest; Laubinger 28,2%; Schlayer sah bei 15 Multiparen mit Herzfehlern nur 4 ausgetragene Früchte. Guérard beobachtete auf 17 solche Fälle in 8 Aborte oder Frühgeburt (in 4 Fällen Abort im 3., in einem im 5. Monate; eine Frühgeburt im 7. und eine im 8. Monat). Auf 36 Fälle solcher Komplikationen konstatirte Peter 17mal Unterbrechung der Schwangerschaft, Vinay sah auf 29 2mal Partus praematurus spontan.

Von dieser Statistik sticht stark die von Roemheld (Heidelberg 1895) angegebene Zahl ab, d. i. auf 235 Fälle habitueller Frühgeburt führt er nicht einen von diesem ätiologischen Momente auf.

Jedenfalls soll man bei vorkommenden Aborten und Frühgeburten an Porak denken, der da sagt: »En présence d'avortements successifs, il faut ne jamais oublier d'ausculter le coeur, si lon veut trouver la cause des expulsions prématurées.«

Dem Arzte bleibt bei diesen Komplikationen nur die Anwendung der pharmaceutischen Methode, in so fern der Herzfehler, wenn auch nur theilweise, gut kompensirt ist. Bei andauernder Anwendung dieser Methode kann man gute Resultate erreichen, was u. A. auch meine Beobachtung (IV) zeigt.

Beim Auftreten gefährlicher Diskompensationssymptome in der Schwangerschaft ist künstliche Frühgeburt angezeigt. Die meisten Kliniker theilen diese Ansicht, die, wie aus dem Späteren zu ersehen ist, auch ihre Gegner hat. Von großem Einflusse auf das Gelingen ist der Zeitpunkt, in dem man an die Operation tritt. In starkem Erschöpfungszustande oder bei Herzinsufficienz ist nur geringe Aussicht für die Errettung der Kranken. v. Leyden und Hikens betonen dies besonders. In der Schwangerschaft ist nach Spiegelberg die Gefahr bei hervortretender Diskompensationsstörung für die Herzkranke am größten, besonders bei Insufficienz der Aortenklappen, und nur dann räth er zu einer künstlichen Frühgeburt. Bei Insufficienz mit Mitralstenose ist aus den oben erwähnten Gründen nach Spiegelberg diese Operation kontraindicirt, da die ganze Gefahr hier im Wochenbette auftritt, wo in Folge Ausschaltung des Placentarkreislaufes der Druck in den Venen wächst, wodurch die Arbeit des rechten Herzens sich mehrt, das das allerseits herbeiströmende Blut nicht in die Art. pulmonalis hineinzudrängen vermag.

Andere Kliniker theilen diese Ansicht Spiegelberg's über die Frühgeburt nicht. Fritsch, Löhlein, v. Leyden, Schröder sagen,

dass bei jedem Herzfehler in der Schwangerschaft der plötzliche Nothfall, eine künstliche Frühgeburt vorzunehmen, eintreten kann. Die Weisung dazu geben die gefährlichen Kompensationssymptome. Die therapeutische Aufgabe ist hier, die Geburtsarbeit zu verkleinern, die Funktion der Bauchpresse auszuschalten, die Periode des Einschneidens der Frucht in die Beckenhöhle möglichst zu beschleunigen, zu dem Zwecke, die Frucht den Umständen gemäß auszudrücken, oder die Zange anzuwenden, oder endlich die Wendung auf den Fuß mit nachheriger Extraktion.

In der Puerperalperiode ist die Ausübung eines Druckes auf den Bauch zu empfehlen. Bei Aortenklappenfehler in der Puerperalperiode soll man die Herzfunktionsfähigkeit wegen der starken Änderungen im großen Kreislaufe im Auge behalten und im Nothfalle mit Excitantiis nicht kargen.

Viele Kliniker finden in solchen Fällen den Eingriff überflüssig. Wessner spricht von der Ungefährlichkeit der Herzfehler in der Schwangerschaft und Geburt. Dieselbe Ansicht theilt Fehling.

Winckel ist gegen die Anwendung einer künstlichen Frühgeburt, da sie den Herzfehler nicht beseitigt, nur lokal reizt und psychisch erregend wirkt. Kleinwächter ist ausgesprochener Gegner der Frühgeburt bei Herzkranken, und seiner Meinung nach bietet eine künstliche Frühgeburt immer mehr Gefahr als eine normale; Kreislaufstörungen sind auch möglich bei künstlichem Eingriffe; Kleinwächter sieht die von anderen Verfassern erwähnten Gefahren während der Geburt nicht oder nur selten.

All diese Ansichten sind übertrieben, denn wenn auch die gut kompensirten Herzfehler keine Beschwerden in der Schwangerschaft und Geburt hervorrufen, kann man den Mangel an Gefahr für Herzkranke nicht leugnen.

In der Litteratur sind einige wenige Fälle notirt, wo die Herzfehler, keine deutlichen Symptome aufweisend, erst in der Schwangerschaft und Geburt sich äußerten. Solche Fälle beobachteten Remy, Leopold und Zweifel. Der Letzte sagt, dass er Frauen sah, die am Ende der Schwangerschaft ohne sichtliche Ursache zu Grunde gingen, und der Sektionsbefund lediglich einen Herzfehler aufwies.

Anders ist es bei schlecht kompensirtem Herzfehler, gefährliche Störungen treten hier schon in der Schwangerschaft auf.

Die großen Meinungsunterschiede verschiedener Verfasser sind der Einseitigkeit zuzuschreiben, mit der sie nur eigene Beobachtungen und Statistik beachten, die Anderer übersehend.

In der Statistik der Herzfehlersterblichkeit finden wir folgende Ziffern (Tabelle siehe nächste Seite).

In der umstehend angeführten Tabelle sehen wir einen hohen Sterblichkeitsprocentsatz, doch muss man beachten, dass in die Klinik die schwersten Fälle gerathen, die auch ohne Komplikation letal endigen würden.

No.	Verfasser	Zahl der Fälle	Mitralstenose	Sterblichkeit	Procentsatz
1.	Macdonald	28	20	17	60,7
2.	Wessner[1]	77	—	38	49,3
3.	Bernsche Klinik	25	13	1	4,
4.	Lublinsky	7	4	5	71,4
5.	Schlayer	25	—	10	40,
6.	v. Leyden	20	16	11	55,
7.	Wiessenthal	8	7	1	12,5
8.	Leo	7	—	3	42,8
9.	Schneider	14	—	1	7,1
10.	Vinay	20	—	0	—
11.	Guérard	13	—	4	30,7
12.	Berry-Hart	8	—	7	87,5
13.	v. Jaworski	10	9	3	30,

Jedenfalls zeigen diese Ziffern, dass die Prognose bei Komplikationen von Schwangerschaft und Geburt mit Herzfehlern stets unsicher sein muss; besonders in den Fällen, wo schon während der Schwangerschaft Diskompensationsstörungen vortreten.

Nach v. Leyden endigen 40% chronischer Herzfehler in Folge Schwangerschaft und Geburt tödlich.

Auffallend ist es, dass der hohe Sterblichkeitsprocentsatz Mitralfälle anbelangt. Wahrscheinlich ist von Einfluss die Häufigkeit dieses Herzfehlers im Allgemeinen.

Die von mir beobachteten Fälle sind aus den letzten 10 Jahren.

Fall I. Anamnese ungenügend, da Pat. in Folge Athemnoth nur mit Schwierigkeit spricht. Gut gebaute Ipara, 24 Jahre alt. Deutlicher Exophthalmus. Große Struma. Gesicht stark ödematös, cyanotisch verfärbt. Starkes Ödem der Füße und Schenkel. Athemnoth. Respiration über 50. Puls gespannt, ungleich, 120—130. Die Frau kann nicht liegen, nur sitzen; unruhig, will immer zum Gehen aufstehen. Uterus entspricht dem 10. Monate der Schwangerschaft (Fundus uteri bis Scrobiculus cordis). Herztöne des Fötus unhörbar, Bewegungen jedoch, wie Pat. angiebt, fühlbar. Herzkontraktionen der Mutter ungleich, »Folie du coeur«.

An der Herzspitze und Herzbasis unklares Geräusch. Auskultation schwer durch das schnarchende Athmen der Pat. Halsvenen stark erweitert.

Arterialitas venarum. Bruit du diable.

In 5 Stunden nach der Einlieferung der Kranken verschärften sich die oben erwähnten Symptome. Auswurf deutlich blutig verfärbt. Erstickungsanfälle. Pat. wird in die chirurgische Abtheilung geschafft. Unterwegs hörte Pat. auf zu athmen, der Puls schwand. Tracheotomie und künstliche Athmung umsonst. Sectio caesarea wurde nicht ausgeführt, da Herztöne der Frucht unhörbar.

Sektionsbefund: Hypertrophia cordis praecipue ventriculi sinistri. Insufficientia ostii aortae et valvulae mitralis. Endokarditis. Oedema pulmonum.

---

[1] Wessner reducirt den von ihm angegebenen Sterblichkeitsprocentsatz nachher dadurch, dass er einen Theil der Todesfälle anderweitigen Komplikationen zur Last legt.

Fall II. IVpara; 2mal vorher abortirt. Graviditas 8 m. Plethora, Hydraemia. Die beiden letzten Geburten mit starken Diskompensationssymptomen. Im Wochenbett Blutungen. Seit 2 Monaten Gesicht und die unteren Extremitäten stark ödematös. Herzpalpitation. Pat. kann wegen Athemnoth und Schwäche weder gehen noch arbeiten. Gut gebaut, schlecht ernährt. Gesicht und Füße cyanotisch. Respiration beschleunigt, über 40. Puls 120, schwach, ungleich. Temperatur 36,8. Icterus cordis stark, im 5. Zwischenrippenraume links vom l. M. s., wo auch Frémissements cataires. Die Herzdämpfung in beiden Richtungen bedeutend vergrößert. Die obere Grenze im 3. Zwischenrippenraume, die rechte geht über den linken Sternalrand, die linke 2 cm über dem l. M. s.

An der Herzspitze systolisches und präsystolisches Geräusch. Der 2. Pulmonalton accentuirt. Diagnose: Stenosis ostii venosi sinistri. Insufficientia venae mitralis et venae semilunaris aortae. Leber vergrößert. Pat. fühlt deutlich die Bewegungen der Frucht. Pat. und ihre Umgebung wiesen künstliche Frühgeburt zurück.

In 3 Tagen starb Pat. bei immer wachsender Athemnoth und Lungenödem. Sektion konnte nicht stattfinden.

Fall III. 22jährige Ipara, unverheirathet, gut gebaut und gut genährt. Vor $1^1/_2$ Jahr hatte sie einen schweren Gelenkrheumatismus überstanden. Uterusgröße entspricht dem 8. Monate der Schwangerschaft. Pat. scheint von ihrem schwangeren Zustande nichts zu wissen. Das Knie- und Sprunggelenk, das der Finger und Zehe stark ödematös und sehr schmerzhaft. Temperatur 38,6; Abends 39,2. Puls 100, gleichmäßig. Seit 2 Monaten fühlt Pat. Athemnoth und ermüdet leicht bei der Arbeit. In den letzten Tagen traten starke Schmerzen in den Gelenken, Ödem und Athemnoth auf. Ictus cordis schwer festzustellen, am besten im Scrobiculus cordis. Die Dämpfungsgrenze nach beiden Richtungen bedeutend vergrößert. Die rechte Grenze am rechten Sternalrande, die linke geht etwas über die Linea axill. ant., an der Spitze Dämpfung auf der 3. Rippe, an der Herzspitze systolisches Geräusch hörbar, zuweilen präsystolisches. Pat. fühlt keine Bewegungen der Frucht. Herz der Frucht auskultirbar.

Diagnose: Insufficientia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Rheumatismus articulorum exacerbatus. Graviditas in VIII. mense.

Nach einigen Tagen besserte sich der Zustand der Kranken. Am 5. Tage nach der Ankunft Wehen. Gleichzeitig Athemnoth und Husten mit Spuren von Blut im Auswurfe; Puls klein, 120—130; Respiration beschleunigt, etwa 40. Angesichts der schweren Symptome wollte ich die schon angefangene Geburt beschleunigen. Zu diesem Zwecke legte ich den Kolpeurynter ein, sprengte die Blase. Nachdem die Öffnung groß genug, wurde die hohe Zange angelegt. Ein lebendiges, nicht ausgetragenes Kind kam zur Welt. Schon in der Placentarperiode schwand der Puls; Pat. hatte kleinen Puls, litt an Athemnoth; Respiration beschleunigt, etwa 50. Auf den Bauch wurde starker Druck ausgeübt. Nach innen und subkutan wurden Excitantien gegeben (Wein, Kampfer). Der Zustand der Pat. besserte sich allmählich. Das Wochenbett verlief normal. 17 Tage nach der Geburt verließ Pat. die Klinik in zufriedenstellendem Zustande.

Fall IV. 25jährige Ipara kam ins Krankenhaus wegen Athemnoth und Ödem der Füße. Uterusgröße entspricht dem Ende des 7. Monates der Schwangerschaft (Fundus uteri reicht 3 Finger über den Nabel). Die Bewegungen der Frucht fühlt Pat. Fötalpuls auskultirbar. Mittlerer Bau, mittelmäßig ernährt. Herzspitzenstoß unfühlbar. Die Herzdämpfung nach beiden Richtungen vergrößert, mehr nach der Längs- als nach der Querrichtung. Die obere Grenze auf der 4. Rippe; die rechte bis zur Sternalmitte. An der Herzspitze keine Töne hörbar, dagegen ein systolisches Geräusch, das mit dem diastolischen unmittelbar übereinstimmt. In der Herzspitzengegend Frémissements cataires. Puls 90, gleichmäßig. Iusufficientia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Discompensatio. Graviditas in VII. mense.

Pat. blieb im Krankenhause etwa 6 Wochen. Die Symptome seitens des Herzens verschwanden in Folge dauernd angewendeter Herzmittel. Die Geburt ging gut von statten.

Fall V. 28jährige IVpara; vorher 2mal im 3. Monat Aborte. Stark gebaut; Plethora. Gravida in VI. mense. Seit einigen Wochen litt Pat. an Vertigo, Kopf- und Kreuzschmerzen, Athemnoth. Das Ödem der unteren Extremitäten und die oben erwähnten Symptome wurden schlimmer, Pat. arbeitete jedoch weiter schwer, bis man sie eines Tages ohnmächtig nach Hause brachte.

Eklampsie, komatischer Zustand. Ich wendete vorläufig Venaesectio an und rieth zur sofortigen Ausführung einer künstlichen Frühgeburt, worin Herr Kollege Neugebauer einstimmte. Wegen des sehr schlimmen Zustandes der Kranken schritten wir gleich zur Ausführung der Frühgeburt, die in 5 Stunden nach Einlegung von Bougies in das Cavum uteri erfolgte. Nach einigen Stunden kam die Kranke zu sich und stand nach 14 Tagen auf. Athemnoth und Ödem ließen allmählich nach. Die Frau leidet jetzt an Insufficientia ostii aortae et valvulae mitralis und Nephritis chronica. Seit diesem Eklampsieanfall abortirte die Frau binnen 3 Jahren 2mal spontan, im 3. und 4. Monate. Gleich nachdem sie schwanger wird, schon in den ersten Monaten, treten bei ihr Diskompensationssymptome auf. Extra graviditatem leidet Pat. an komplicirtem, gut kompensirtem Herzfehler.

Fall VI. 34jährige VIpara. Stark gebaut, gut ernährt, deutliche Struma; mäßiger Exophthalmus. Gewöhnlich keine Herzpalpitation. Puls etwa 90, gleichmäßig. Beim Gehen Athemnoth, die in der Gravidität, besonders in den letzten Monaten, zunimmt. Im Allgemeinen erträgt die Frau die Schwangerschaft verhältnismäßig gut, die letzte jedoch weniger als die früheren fünf.

Die Herzdämpfung nach beiden Richtungen vergrößert, besonders in der Querrichtung. Die rechte Grenze geht über die Mitte des Sternums, die linke 1 cm links vom linken M. s. An der Herzspitze systolisches, pustendes Schwirren hörbar. An der Basis reine Töne.

In der Schwangerschaft und Geburt wächst die Athemnoth; die unteren Extremitäten werden ödematös, was jedoch, wenn Pat. ausruht, nachlässt. Keine schweren Diskompensationssymptome. Morbus Basedowii. Insufficientia venae mitralis relativa.

Fall VII. 40jährige Frau, schwach gebaut, schlecht ernährt. Seit 3 Monaten schwanger. Gewöhnlich in anscheinender Gesundheit leidet sie an Athemnoth, kann keine Treppen steigen, leichtes Ödem der Füße und Schwäche traten auf. Prof. Rein in Kiew rieth zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft. Bei der Kranken konnte man außer sehr schlechter Ernährung, so dass man den Eindruck eines frühzeitigen Marasmus empfing, noch deutliche sklerotische Änderungen in den Gefäßwänden beobachten. Der Herzspitzenstoß auf der 5. Rippe, 1½ cm links vom linken M. s., wo auch Frémissements cataires. Die Herzdämpfung nach beiden Richtungen nur unbedeutend vergrößert. Puls andauernd 100, ungleich, aussetzend, springend. An der Herzspitze systolisches Schwirren. Der 2. Pulmonalton verschärft. Pat. hustet ein wenig. Der Bauch etwas aufgedunsen, im Urin Spuren von Eiweiß. Diagnose: Stenosis ostii venosi sinistri. Insufficientia aortae et valvulae mitralis. Nephritis chronica.

Nach einer Woche Uterusblutung. Cervix 2 Finger breit offen. Abort. Wochenbett ohne Komplikationen. Pat. blieb jedoch wegen Symptomen seitens des Herzens ca. 6 Wochen im Bette.

Fall VIII. 26jährige IIIpara. Vor ein paar Jahren hatte Pat. einen schweren Rheumatismus überstanden. Die letzte Geburt erfolgte vor einem Jahre. Seit 5 Monaten keine Menstruation. Pat. fühlt die Bewegungen des Kindes. 2 Wochen vor Ankunft im Krankenhause plötzlich nach dem Erwachen Hemiplegia sinistra. Die Herzdämpfung nach beiden Richtungen mäßig vergrößert. In der Art. pulmonalis ein systolisches Geräusch, an der Herzspitze weniger deutlich. Puls 100, gleichmäßig. Die Schwangerschaft und Geburt ging glatt von statten. Wochenbett normal.

Fall IX. 33jährige IIIpara. Ich wurde wegen der langsam erfolgenden Geburt und der großen Schwäche der Pat. geholt, Zwillinge. Starkes Ödem der unteren Extremitäten und des Gesichtes. Athemnoth; Respiration ca. 36. Puls klein, gleichmäßig, 110. An der Herzspitze systolisches Schwirren. Diagnose: Vitium cordis in stadio discompensationis. Die Geburt erfolgte ziemlich rasch; Angesichts großer Athemnoth und schwächeren Pulses wollte ich die Zange anlegen. Bevor Alles vorbereitet war, ging das Köpfchen in die Höhle. Dann wurde die Zange angelegt. Wendung des 2. Kindes auf die Füße und Extraktion. Placenta ging leicht in ein paar Minuten ab. Wein, Koffeïn. Auf den Bauch starker Druck durch eine Binde. Das Wochenbett verlief günstig.

Fall X. 30jährige Ipara, vorher im 3. Monate Abort. Jetzt wieder im IX. mense gravida. Athemnoth. Respiration 60. Puls 110—120. Zustand ungünstig. Pat. gut gebaut, ziemlich gut ernährt. Beim Gehen keine Athemnoth. Puls 120, etwas gespannt, groß. Häufige Respiration, oberflächlich, 60. Die Lungengrenzen etwas niedriger. Respiratio vesicularis aspera. Kein Rasseln in den Lungen. Herzdämpfung in der Querrichtung nach rechts zergrößert. Herztöne rein und laut. Galoppirender Rhythmus. Trotz der großen Herzaktion, der Pulsspannung und der oben erwähnten Athemnoth musste man eine latent verlaufende Stenosis ostii venosi sinistri oder eine durch ein Nierenleiden komplicirte Herzhypertrophie annehmen. Da Pat. jedoch nie an Rheumatismus gelitten hatte, keine Athemnoth bei Bewegung empfand und beim Untersuchen kein Geräusch hörbar war, sprach Alles eher für eine Herzhypertrophie (in der Insufficienzperiode). Die Athemnothanfälle, an denen Pat. früher bei anscheinender Gesundheit post coïtum gelitten hatte, sprachen für eine Herzinsufficienz. Der Annahme, als ob die früheren Athemnothanfälle und die vorhandene Herzinsufficienz rein nervösen Ursprungs wären, widersprach u. A. das, dass selbst in großen Dosen gereichtes Brom keine Erleichterung brachte. Die Harnanalyse ergab: 5‰ Eiweiß und mehrere feinkörnige und hyaline Cylinder. Diagnose: Myocarditis. Nephritis interstitialis.

Der Zustand der Kranken verschlimmerte sich von Tag zu Tag. Pat. litt an Athemnoth und hustete manchmal an schleimig-serösem Auswurfe.

Wir beschlossen die künstliche Frühgeburt. Es trat jedoch bald die Geburt spontan ein. Bei der Geburt Herzasystolieanfälle und Ödem. Ein paar Mal schien es, als ob Pat. das Leben endete. Ich entwickelte mit der Zange einen lebenden Knaben. In der Placentarperiode starke Blutung, die nach der Placentageburt nicht nachließ. Nach großer Anstrengung gelang es mir, durch Tamponade (aus Gaze modo Dührsseni) der Uterushöhle die Blutung zu beherrschen. Bei der großen Schwäche wurden subkutane Kampfer- und dann Koffeïninjektionen angewandt. Das Wochenbett verlief gut. In 3 Wochen war der Zustand der Pat. vollständig befriedigend. Bald jedoch traten Herzbeschwerden auf. Man empfahl der Pat., zur Erholung aufs Land zu gehen, wo auch plötzlich der Tod erfolgte. Sektion konnte nicht ausgeführt werden.

Aus diesen wenigen, doch verschiedenen klinischen Fällen kann man ersehen:

1) Dass die Komplikationen mit Herzfehlern in der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbette entschieden gefährlich sind.

2) Die Schwangerschaft verschärft chronische Herzfehler und weist schlimme Folgezustände auf.

3) Nach einer vollendeten Schwangerschaft, einer spontanen oder künstlichen Frühgeburt gleicht sich allmählich der gestörte Kreislauf aus (Fall: III, V, VII, IX).

4) Können die Fälle, in denen keine Herzmuskeldegeneration aufzufinden ist, trotz des Herzfehlers bei abwartender Behandlung günstig verlaufen.

5) Kann rasche und richtige Hilfe bei der Geburt selbst in Fällen schlimmer Blutkreisstörungen die Gefahr abwenden (Fall: III, V, VII, IX, X).

XIII.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen. Vorstand: Prof. Dr. Döderlein.)

Zur Geschichte und Technik des Morcellements.

Von

Dr. E. Winternitz,

a. o. Professor und I. Assistenzarzt.

Es ist eine auffallende Thatsache, dass die Anfangs der 80er Jahre besonders von Péan ausgebildete und genau beschriebene Methode des Morcellements von Myomen erst im Verlaufe der letzten Jahre mehr Beachtung und Verbreitung gefunden hat, zumal da schon viel früher bei fibrösen Polypen, submukösen und interstitiellen Myomen die Zerstückelung in Anwendung kam, um größere Tumoren, allerdings mit Erhaltung des Uterus, durch die Scheide entfernen zu können.

Für die Zerkleinerung von sehr voluminösen, in die Scheide geborenen und diese ausfüllenden fibrösen Polypen sind schon seit langer Zeit eine Anzahl von Methoden und Instrumenten angegeben worden und auch zur Anwendung gekommen, um die Extraktion derselben per vaginam zu ermöglichen.

Nach Pozzi haben Velpeau und Chassaignac (1833) keilförmige Stücke excidirt, um den Tumor auszuhöhlen und das Volumen desselben zu vermindern. Péan hat 1858 ein kephalotribähnliches Instrument — Forceps-scie — angegeben, womit der Tumor zerschnitten werden soll. Simon (1862) machte treppenförmige, Hegar spiralförmige Incisionen in die Geschwulst, gleichzeitig wird ein starker Zug an dem Tumor ausgeübt, um den voluminösen Polypen in die Länge zu ziehen (Allongement opératoire). Ein ähnliches Verfahren wandte auch Spiegelberg an, indem er mittels eines langgestielten konkaven Messers mit stumpfer Spitze große Lappen bildete, einen nach dem anderen mit Haken fasste und stark nach abwärts ziehen ließ, während er mit dem Messer immer weiter nach oben zu dringen suchte. Segond hat ein besonderes Instrument zum Evidement von fibrösen Geschwülsten angegeben[1]. Braun benutzte zur Extraktion solcher Tumoren den Kranioklast und die Kephalotribe. Endlich seien noch die von Thomas (1879) angegebenen Löffelsägen erwähnt, welche einen starken, 30 cm langen Stiel hatten und dazu dienten, den Tumor zu enukleiren.

---

[1] Siehe die Abbildung. Pozzi, Deutsche Ausgabe 1892. p. 289.

Außer den angegebenen Methoden und Instrumenten haben besonders die Glühschlinge und der Ecraseur eine Rolle bei der Entfernung großer fibröser Polypen gespielt.

Aber nicht bloß die in die Scheide geborenen Myome sind in früherer Zeit schon in Angriff genommen worden, sondern man findet in der älteren Litteratur eine beträchtliche Anzahl von Operationen beschrieben, die man als Morcellementmethoden im modernen Sinne auffassen und bezeichnen muss.

Während schon Velpeau angeregt haben soll, die im Uterus sitzenden Myome von der Scheide aus zu entfernen, hat zuerst Amussat 2 große interstitielle Myome, von denen das eine von der hinteren, das andere von der vorderen Wand ausging, von der Scheide aus operirt. Die 1. Operation wurde am 11. Juni 1840, die 2. am 29. September 1841 bei einer 45jährigen resp. 40jährigen Frau ausgeführt. Diese Fälle sind von Troussel (1. Fall) und von Filhos (2. Fall) genau beschrieben worden, außerdem hat auch Amussat selbst dieselben in seiner Arbeit ausführlich wiedergegeben.

Aus den Operationsgeschichten ist Folgendes als bemerkenswerth anzuführen: Der Tumor wurde mit Muzeux'schen Zangen gefasst und so tief als möglich nach abwärts gezogen, wobei gleichzeitig von außen auf denselben ein starker Druck ausgeübt wurde. Nachdem ein Theil des Myoms ausgeschält worden war, wird, um Platz zu gewinnen, die Cervix an verschiedenen Stellen mit Schere und Messer eingeschnitten. Ein Versuch, mit Hilfe von Ligaturen den Tumor tiefer zu ziehen, misslang, wesshalb mittels immer höher eingesetzter Zangen das Myom nach abwärts gezogen wurde. Nach mehrstündigen vergeblichen Extraktionsversuchen begann im 1. Falle die Operirte mitzupressen, »comme dans les derniers instants de l'accouchement naturel«, worauf der Tumor geboren wurde. Es kam zu einer Inversion des Uterus. Die 1. Operation dauerte $2^1/_4$ Stunden.

Im 2. Falle bediente sich Amussat zum Ausschälen des Tumors eines »Onglet tranchant«, welcher auf den rechten Zeigefinger aufgesetzt wurde (p. 59 [1]). Als es nicht gelingen wollte, das in der vorderen Wand sitzende Myom zu enukleiren, machte Amussat den Vorschlag, den Tumor zu incidiren und stückweise zu extrahiren (»extraire par morceaux«). Jedoch war es auch in diesem 2. Falle möglich, den Tumor mittels immer höher eingesetzter Zangen, unterstützt durch Druck von außen, allmählich zu entwickeln. Diese Operation dauerte 50 Minuten.

Der Blutverlust war in beiden Fällen ein geringer. Die Operirten sind genesen.

In der Epikrise, welche Amussat anschließend an diese Operationen giebt, schlägt er vor, wenn es sich um große Myome handelt, diese zu zerschneiden (débiter) oder zu zermalmen (gruger) nach Art der Lithotripsie bei Blasensteinen. Er glaubt der Erste gewesen zu sein, der im Uterus sitzende Myome exstirpirt hat.

(»C'était un pas de plus, qui restait à faire, et si je ne me trompe, je crois l'avoir fait.« Amussat.)

In einem am Schlusse der Arbeit Amussat's gegebenen Résumé sind folgende Sätze erwähnenswerth:

1) L'anatomie pathologique en indiquant la véritable disposition des tumeurs fibreuses développées dans les parois de l'utérus, m'a conduit à une opération qu'on avait pas osé entreprendre jusqu'alors.

2) Si l'on veut tenter d'extirper les tumeurs plus grosses que celles qui peuvent passer par la vulve, il faudra les diviser incomplètement en deux moitiés latérales, au lieu de les enlever par tranches transversales ou autrement.

Kiwisch hielt (1851) dieses Verfahren von Amussat für ein viel zu schwieriges und gefährliches Unternehmen, obwohl er schon im Jahre 1849 ein hühnereigroßes, in der vorderen Wand sitzendes Myom entfernte. Nach Spaltung der Kapsel wurde mittels Doppelhaken der Tumor gefasst und mit der Schere exstirpirt.

Anfangs der 60er Jahre findet man von Emmet (1863) eine Anzahl von Fällen beschrieben, in welchen er große interstitielle Myome per vaginam entfernte. Die Art des Vorgehens bei diesen Operationen stimmt mit dem heutigen Morcellement vollständig überein, denn es heißt z. B. bei der Operationsgeschichte eines im Jahre 1867 per vaginam entfernten großen fibrösen Tumors der vorderen Wand, dass der Tumor mit einem Haken in die Scheide gezogen wurde, hierauf Keilexcisionen gemacht und die Tumoren »Stück für Stück« entfernt wurden, bis der Uterus leer war. Im Jahre 1876 operirte Emmet ein großes, theils submuköses, theils interstitielles Myom. Die Operation begann damit, dass die in die Scheide geborene Masse abgetragen wurde, alsdann entfernte Emmet, immer höher hinaufgehend, das Myom stückweise, bis »die Instrumente kaum noch hinaufreichten«. Das Verfahren wird an einer Abbildung erläutert.

Im Verlaufe der 70er Jahre wurde die Enukleation und Zerstückelung der in der Höhle und Wand des Uterus sitzenden Myome häufiger ausgeführt. In den meisten Fällen begann die Operation, wie dies auch Amussat that, mit der Incision der Cervix, um zum Tumor zu gelangen, alsdann wurde die Kapsel gespalten und das spontane Tiefertreten abgewartet. Einzelne Operateure trugen in verschiedenen Sitzungen immer wieder neue Stücke des Tumors ab (2zeitige Operation, à deux temps, extemporisirte Enukleation), Andere zogen es vor, die Operation in einer Sitzung zu vollenden.

Männel (1870), Spiegelberg (1873), v. Mikulicz (1882) u. A. veröffentlichten derartige Operationen. Letzterer hat am 14. November 1882 ein bis zum Nabel reichendes Myom der hinteren Wand nach 1stündiger Arbeit stückweise entfernt und die einzelnen Theile wie bei der Placentarlösung herausgeholt. Außerdem exstirpirte v. Mikulicz ein subseröses Myom von innen und nähte hierauf die Uteruswunde.

Für die geschichtliche Entwicklung der Myomoperationen überhaupt und speciell für die des Morcellements dürfte es von Interesse sein, ein Verfahren zu erwähnen, das Retzius im Jahre 1851 anwandte. Dasselbe hat mit der in neuerer Zeit von Doyen angegebenen Methode der Verkleinerung der Myome große Ähnlichkeit. Retzius hat ein noch im Uterus sitzendes, theilweise verkalktes Myom dadurch verkleinert und »kompressibel« gemacht, dass er mit dem Denman'schen Perforatorium ein großes Loch in die Mitte des Myoms machte, worauf es möglich wurde, den Muttermund zu incidiren. Der Tumor konnte jetzt mit Davi's Kraniotomieforceps extrahirt werden.

Wenn wir auch aus diesen geschichtlichen Bemerkungen ersehen, dass schon lange vor Péan Myome von der Scheide aus durch stückweise Verkleinerung entfernt worden sind, so gebührt doch Péan das Verdienst, dieses Verfahren systematisch ausgebildet zu haben; er hat ganz genaue Vorschriften gegeben und ausführlich den Gang der Operation bis ins kleinste Detail beschrieben. Mit Hilfe dieses Verfahrens ist es auch möglich geworden, Myome von der Scheide aus zu entfernen, die früher eine Laparotomie erfordert hätten. Hervorzuheben wäre noch, dass die Péan'sche Operation eine rein endouterine ist; bei derselben wird weder die Scheide abgelöst, noch die Bauchhöhle eröffnet.

Während die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus rasch Eingang gefunden hat, dauerte es mit der Verbreitung derjenigen Operationen längere Zeit, bei welchen der myomatöse Uterus per vaginam total exstirpirt wurde oder bei denen nach Abtrennung der Scheide und Eröffnung der Bauchhöhle von der Vagina aus Myome aus der Uterusoberfläche mit Erhaltung des Organes enukleirt wurden. Einzelne derartige Fälle sind aus der früheren Litteratur zu verzeichnen.

Die 1. vaginale Myomotomie, welche in der Litteratur aufzufinden ist, wurde am 25. Juni 1876 von Stansbury Sutton bei einer 50jährigen Frau durch die Colpotomia posterior ausgeführt. Es handelte sich um ein gestieltes Myom, das nach Eröffnung der hinteren Scheidenwand mittels Zangen hervorgeholt wurde. 4 Tage nach der Operation starb die Frau in Folge einer Perforation des Dünndarmes, der beim Herauswälzen des Tumors mehrfach stark gequetscht wurde.

Am 12. Juni 1876 schälte Frankenhäuser nach Incision der Scheide ein faustgroßes Myom aus dem Uterus aus.

Einige Jahre später, 1879, enukleirte Vanderveer ein submuköses und subperitoneales Myom bei einer 38jährigen Frau durch den hinteren Scheidenschnitt.

Haidlen veröffentlicht eine von Teuffel am 16. Oktober 1880 ausgeführte Totalexstirpation. Die Diagnose lautete: Retroflexio uteri, Myomata, Pelveoperitonitis chronica. Heilung.

Die nächsten vaginalen Myomotomien, welche veröffentlich wurden, fallen in das Jahr 1881. Am 9. Mai 1881 hat Kottmann bei

einer 49jährigen Pat. einen myomatösen Uterus von der Scheide aus entfernt.

Am 4. resp. 15. Januar 1881 exstirpirte Czerny durch das vordere Scheidengewölbe ein subseröses Myom und durch das hintere Scheidengewölbe einen retro-uterinen, ödematösen Tumor von 500 g Gewicht. — Es handelte sich in diesen Fällen nicht um Totalexstirpationen, sondern nur um Enukleationen. Czerny erwähnt, dass er 1881 Myome 3mal durch das hintere und 1mal durch das vordere Scheidengewölbe entfernte.

Lomer beschreibt eine am 29. April 1882 von Schröder ausgeführte Operation, bei welcher nach Incision der vorderen Scheidenwand ein hühnereigroßes Myom stückweise entfernt wurde.

Auf der Naturforscherversammlung in Eisenach (1882) berichtete Olshausen über eine Totalexstirpation, welche in Folge eines diagnostischen Irrthums bei einer Frau mit einem kleinen Myom der hinteren Collumwand ausgeführt wurde. »Die rauhe Oberfläche der harten Geschwulst und der putride Ausfluss täuschten Carcinom vor.«

In neuerer Zeit geht das Bestreben der operativen Gynäkologie dahin, wenn irgend möglich, die Myome von der Scheide aus zu entfernen, was, wie schon erwähnt, durch die von Péan weiter ausgebildete Methode des Morcellements auch für solche Fälle möglich geworden ist, welche wegen ihrer Größe früher nicht mehr vaginal hätten operirt werden können.

Die Ansicht Döderlein's geht bei der Wahl der Methode dahin, »dass in denjenigen Fällen, in welchen die Entfernung des Uterus per vaginam möglich ist, diese unter allen Umständen jeder Art von Laparotomie überlegen ist«.

Der ungeahnte Aufschwung, welchen die vaginalen Operationen im Laufe der letzten Jahre genommen haben, ist sicherlich auch der durch Martin und Dührssen inaugurirten Kolpotomie zu verdanken, so dass jetzt auch die vaginale Ovariotomie eine typische Operation geworden ist, wobei zur Verkleinerung an Stelle des Morcellements die Punktion des cystischen Tumors tritt.

Außerdem ist aber die größere Häufigkeit der vaginalen Operationen auch mit den Erfahrungsthatsachen in Zusammenhang zu bringen, dass nach denselben, auch wenn sie schwere und lange dauernde Eingriffe darstellten, das Befinden der Operirten ein besseres ist, als nach Laparotomien.

Das subjektive Befinden steht nicht im Verhältnisse zur vorausgegangenen Operation. »Alle Operateure«, sagt Fritsch, »haben die Beobachtung gemacht, dass sehr heruntergekommene, ausgeblutete Pat. wohl eine vaginale Exstirpation, selbst wenn sie lange dauert, gut vertragen, dass dagegen eine Laparotomie unter so ungünstigen Verhältnissen eine schlechte Prognose giebt.« Auch Veit macht auf den Unterschied in der Rekonvalescenz zu Gunsten der vaginalen Operationen aufmerksam; er hält principiell den vaginalen

eg für sehr vortheilhaft in den Fällen, in welchen schwere Blu-ngen allein den Grund zum Einschreiten abgeben.

Auf weitere Vortheile, welche die vaginale Köliotomie im Ver-ltnisse zur ventralen mit sich bringt, will ich hier nicht näher ngehen, zumal da dieselben im Verlaufe der letzten Zeit ent-rechend gewürdigt und hervorgehoben worden sind.

Um die vaginale Entfernung größerer Myome zu ermöglichen, ommen je nach dem anatomischen Verhalten derselben hauptsäch-ch 2 Methoden in Betracht: die Enukleation und das Morcellement.

Handelt es sich um Myome, welche in einer Kapsel liegen, so ird man nach entsprechender Freilegung des Tumors diese spalten nd die einzelnen Myome mit dem Finger oder mit Instrumenten Haken, Zangen) enukleiren. Dieselben entschlüpfen leicht aus ihrer Kapsel; größere Kapselmyome werden zum Zwecke des Ausschälens durch Excision einzelner Stücke entsprechend verkleinert.

Schwieriger werden die Verhältnisse, wenn es sich um größere Myome oder solche Tumoren handelt, die nicht von einer Kapsel umgeben sind. Für die operative Behandlung solcher Fälle kommt das von Péan im Jahre 1882 ausführlich beschriebene Verfahren des Morcellements in Betracht, wodurch es möglich wird, auch große fibröse Tumoren des Uterus durch die Scheide zu entfernen.

Péan selbst sagt: »L'hystérectomie par la voie vaginale, que nous avons appliquée le premier en France en 1882 aux fibromes doit être réservée aux myômes, dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'un foetus à terme et à bon nombre de ceux, qui ne s'élèvent pas sensiblement au dessus de l'ombilic.«

Segond ist der Ansicht, »que tout fibrome dont les limites supérieures sont simplement tangentes à l'ombilic est justiciable de l'hystérectomie vaginale«. Er stellt die allgemeine Regel auf: »Toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être, sauf exception, enlevée par voie vaginale.«

Während Péan das große Verdienst hat, den vaginalen Weg zur Entfernung von Myomen weiter ausgebildet zu haben, muss auf der anderen Seite anerkannt werden, dass Doyen diejenige Methode des Morcellements ausgeführt und genau beschrieben hat, bei welcher ohne präventive Blutstillung operirt wird. Doyen hat im Jahre 1887 begonnen, große interstitielle Myome von der Scheide aus in Angriff zu nehmen, »sans avoir jamais vu opérer seul cas analogue par un autre chirurgien« (Doyen).

Die Methode Péan's zerfällt in verschiedene Akte:

I. Umschneiden der Portio und Freimachen der Cervix von dem Scheidenansatze.

II. Einschneiden der Cervix und des unteren Uterinsegmentes bis zum Tumor.

III. Stückweise Verkleinerung des Tumors unter Zuhilfenahme von starken Zangen, Scheren und Messern.

IV. Toilette des Uterus. Naht der Cervix.

einer 49jährigen Pat. einen myomatösen Uterus von der Scheide aus entfernt.

Am 4. resp. 15. Januar 1881 exstirpirte Czerny durch das vordere Scheidengewölbe ein subseröses Myom und durch das hintere Scheidengewölbe einen retro-uterinen, ödematösen Tumor von 500 g Gewicht. — Es handelte sich in diesen Fällen nicht um Totalexstirpationen, sondern nur um Enukleationen. Czerny erwähnt, dass er 1881 Myome 3mal durch das hintere und 1mal durch das vordere Scheidengewölbe entfernte.

Lomer beschreibt eine am 29. April 1882 von Schröder ausgeführte Operation, bei welcher nach Incision der vorderen Scheidenwand ein hühnereigroßes Myom stückweise entfernt wurde.

Auf der Naturforscherversammlung in Eisenach (1882) berichtete Olshausen über eine Totalexstirpation, welche in Folge eines diagnostischen Irrthums bei einer Frau mit einem kleinen Myom der hinteren Collumwand ausgeführt wurde. »Die rauhe Oberfläche der harten Geschwulst und der putride Ausfluss täuschten Carcinom vor.«

In neuerer Zeit geht das Bestreben der operativen Gynäkologie dahin, wenn irgend möglich, die Myome von der Scheide aus zu entfernen, was, wie schon erwähnt, durch die von Péan weiter ausgebildete Methode des Morcellements auch für solche Fälle möglich geworden ist, welche wegen ihrer Größe früher nicht mehr vaginal hätten operirt werden können.

Die Ansicht Döderlein's geht bei der Wahl der Methode dahin, »dass in denjenigen Fällen, in welchen die Entfernung des Uterus per vaginam möglich ist, diese unter allen Umständen jeder Art von Laparotomie überlegen ist«.

Der ungeahnte Aufschwung, welchen die vaginalen Operationen im Laufe der letzten Jahre genommen haben, ist sicherlich auch der durch Martin und Dührssen inaugurirten Kolpotomie zu verdanken, so dass jetzt auch die vaginale Ovariotomie eine typische Operation geworden ist, wobei zur Verkleinerung an Stelle des Morcellements die Punktion des cystischen Tumors tritt.

Außerdem ist aber die größere Häufigkeit der vaginalen Operationen auch mit den Erfahrungsthatsachen in Zusammenhang zu bringen, dass nach denselben, auch wenn sie schwere und lange dauernde Eingriffe darstellten, das Befinden der Operirten ein besseres ist, als nach Laparotomien.

Das subjektive Befinden steht nicht im Verhältnisse zur vorausgegangenen Operation. »Alle Operateure«, sagt Fritsch, »haben die Beobachtung gemacht, dass sehr heruntergekommene, ausgeblutete Pat. wohl eine vaginale Exstirpation, selbst wenn sie lange dauert, gut vertragen, dass dagegen eine Laparotomie unter so ungünstigen Verhältnissen eine schlechte Prognose giebt.« Auch Veit macht auf den Unterschied in der Rekonvalescenz zu Gunsten der vaginalen Operationen aufmerksam; er hält principiell den vaginalen

'eg für sehr vortheilhaft in den Fällen, in welchen schwere Blu-ıngen allein den Grund zum Einschreiten abgeben.

Auf weitere Vortheile, welche die vaginale Köliotomie im Ver-ıltnisse zur ventralen mit sich bringt, will ich hier nicht näher ngehen, zumal da dieselben im Verlaufe der letzten Zeit ent-prechend gewürdigt und hervorgehoben worden sind.

Um die vaginale Entfernung größerer Myome zu ermöglichen, ommen je nach dem anatomischen Verhalten derselben hauptsäch-ch 2 Methoden in Betracht: die Enukleation und das Morcellement.

Handelt es sich um Myome, welche in einer Kapsel liegen, so rird man nach entsprechender Freilegung des Tumors diese spalten ınd die einzelnen Myome mit dem Finger oder mit Instrumenten Haken, Zangen) enukleiren. Dieselben entschlüpfen leicht aus ihrer Kapsel; größere Kapselmyome werden zum Zwecke des Ausschälens lurch Excision einzelner Stücke entsprechend verkleinert.

Schwieriger werden die Verhältnisse, wenn es sich um größere Myome oder solche Tumoren handelt, die nicht von einer Kapsel ımgeben sind. Für die operative Behandlung solcher Fälle kommt das von Péan im Jahre 1882 ausführlich beschriebene Verfahren des Morcellements in Betracht, wodurch es möglich wird, auch große fibröse Tumoren des Uterus durch die Scheide zu entfernen.

Péan selbst sagt: »L'hystérectomie par la voie vaginale, que nous avons appliquée le premier en France en 1882 aux fibromes doit être réservée aux myômes, dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'un foetus à terme et à bon nombre de ceux, qui ne s'élèvent pas sensiblement au dessus de l'ombilic.«

Segond ist der Ansicht, »que tout fibrome dont les limites supérieures sont simplement tangentes à l'ombilic est justiciable de l'hystérectomie vaginale«. Er stellt die allgemeine Regel auf: »Toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être, sauf exception, enlevée par voie vaginale.«

Während Péan das große Verdienst hat, den vaginalen Weg zur Entfernung von Myomen weiter ausgebildet zu haben, muss auf der anderen Seite anerkannt werden, dass Doyen diejenige Methode des Morcellements ausgeführt und genau beschrieben hat, bei welcher ohne präventive Blutstillung operirt wird. Doyen hat im Jahre 1887 begonnen, große interstitielle Myome von der Scheide aus in Angriff zu nehmen, »sans avoir jamais vu opérer seul cas analogue par un autre chirurgien« (Doyen).

Die Methode Péan's zerfällt in verschiedene Akte:

I. Umschneiden der Portio und Freimachen der Cervix von dem Scheidenansatze.

II. Einschneiden der Cervix und des unteren Uterinsegmentes bis zum Tumor.

III. Stückweise Verkleinerung des Tumors unter Zuhilfenahme von starken Zangen, Scheren und Messern.

IV. Toilette des Uterus. Naht der Cervix.

einer 49jährigen Pat. einen myomatösen Uterus von der Scheide aus entfernt.

Am 4. resp. 15. Januar 1881 exstirpirte Czerny durch das vordere Scheidengewölbe ein subseröses Myom und durch das hintere Scheidengewölbe einen retro-uterinen, ödematösen Tumor von 500 g Gewicht. — Es handelte sich in diesen Fällen nicht um Totalexstirpationen, sondern nur um Enukleationen. Czerny erwähnt, dass er 1881 Myome 3mal durch das hintere und 1mal durch das vordere Scheidengewölbe entfernte.

Lomer beschreibt eine am 29. April 1882 von Schröder ausgeführte Operation, bei welcher nach Incision der vorderen Scheidenwand ein hühnereigroßes Myom stückweise entfernt wurde.

Auf der Naturforscherversammlung in Eisenach (1882) berichtete Olshausen über eine Totalexstirpation, welche in Folge eines diagnostischen Irrthums bei einer Frau mit einem kleinen Myom der hinteren Collumwand ausgeführt wurde. »Die rauhe Oberfläche der harten Geschwulst und der putride Ausfluss täuschten Carcinom vor.«

In neuerer Zeit geht das Bestreben der operativen Gynäkologie dahin, wenn irgend möglich, die Myome von der Scheide aus zu entfernen, was, wie schon erwähnt, durch die von Péan weiter ausgebildete Methode des Morcellements auch für solche Fälle möglich geworden ist, welche wegen ihrer Größe früher nicht mehr vaginal hätten operirt werden können.

Die Ansicht Döderlein's geht bei der Wahl der Methode dahin, »dass in denjenigen Fällen, in welchen die Entfernung des Uterus per vaginam möglich ist, diese unter allen Umständen jeder Art von Laparotomie überlegen ist«.

Der ungeahnte Aufschwung, welchen die vaginalen Operationen im Laufe der letzten Jahre genommen haben, ist sicherlich auch der durch Martin und Dührssen inaugurirten Kolpotomie zu verdanken, so dass jetzt auch die vaginale Ovariotomie eine typische Operation geworden ist, wobei zur Verkleinerung an Stelle des Morcellements die Punktion des cystischen Tumors tritt.

Außerdem ist aber die größere Häufigkeit der vaginalen Operationen auch mit den Erfahrungsthatsachen in Zusammenhang zu bringen, dass nach denselben, auch wenn sie schwere und lange dauernde Eingriffe darstellten, das Befinden der Operirten ein besseres ist, als nach Laparotomien.

Das subjektive Befinden steht nicht im Verhältnisse zur vorausgegangenen Operation. »Alle Operateure«, sagt Fritsch, »haben die Beobachtung gemacht, dass sehr heruntergekommene, ausgeblutete Pat. wohl eine vaginale Exstirpation, selbst wenn sie lange dauert, gut vertragen, dass dagegen eine Laparotomie unter so ungünstigen Verhältnissen eine schlechte Prognose giebt.« Auch Veit macht auf den Unterschied in der Rekonvalescenz zu Gunsten der vaginalen Operationen aufmerksam; er hält principiell den vaginalen

Veg für sehr vortheilhaft in den Fällen, in welchen schwere Bluungen allein den Grund zum Einschreiten abgeben.

Auf weitere Vortheile, welche die vaginale Köliotomie im Verältnisse zur ventralen mit sich bringt, will ich hier nicht näher ingehen, zumal da dieselben im Verlaufe der letzten Zeit entprechend gewürdigt und hervorgehoben worden sind.

Um die vaginale Entfernung größerer Myome zu ermöglichen, ommen je nach dem anatomischen Verhalten derselben hauptsächich 2 Methoden in Betracht: die Enukleation und das Morcellement.

Handelt es sich um Myome, welche in einer Kapsel liegen, so wird man nach entsprechender Freilegung des Tumors diese spalten und die einzelnen Myome mit dem Finger oder mit Instrumenten Haken, Zangen) enukleiren. Dieselben entschlüpfen leicht aus ihrer Kapsel; größere Kapselmyome werden zum Zwecke des Ausschälens durch Excision einzelner Stücke entsprechend verkleinert.

Schwieriger werden die Verhältnisse, wenn es sich um größere Myome oder solche Tumoren handelt, die nicht von einer Kapsel umgeben sind. Für die operative Behandlung solcher Fälle kommt das von Péan im Jahre 1882 ausführlich beschriebene Verfahren des Morcellements in Betracht, wodurch es möglich wird, auch große fibröse Tumoren des Uterus durch die Scheide zu entfernen.

Péan selbst sagt: »L'hystérectomie par la voie vaginale, que nous avons appliquée le premier en France en 1882 aux fibromes doit être réservée aux myômes, dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'un foetus à terme et à bon nombre de ceux, qui ne s'élèvent pas sensiblement au dessus de l'ombilic.«

Segond ist der Ansicht, »que tout fibrome dont les limites supérieures sont simplement tangentes à l'ombilic est justiciable de l'hystérectomie vaginale«. Er stellt die allgemeine Regel auf: »Toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être, sauf exception, enlevée par voie vaginale.«

Während Péan das große Verdienst hat, den vaginalen Weg zur Entfernung von Myomen weiter ausgebildet zu haben, muss auf der anderen Seite anerkannt werden, dass Doyen diejenige Methode des Morcellements ausgeführt und genau beschrieben hat, bei welcher ohne präventive Blutstillung operirt wird. Doyen hat im Jahre 1887 begonnen, große interstitielle Myome von der Scheide aus in Angriff zu nehmen, »sans avoir jamais vu opérer seul cas analogue par un autre chirurgien« (Doyen).

Die Methode Péan's zerfällt in verschiedene Akte:

I. Umschneiden der Portio und Freimachen der Cervix von dem Scheidenansatze.

II. Einschneiden der Cervix und des unteren Uterinsegmentes bis zum Tumor.

III. Stückweise Verkleinerung des Tumors unter Zuhilfenahme von starken Zangen, Scheren und Messern.

IV. Toilette des Uterus. Naht der Cervix.

einer 49jährigen Pat. einen myomatösen Uterus von der Scheide aus entfernt.

Am 4. resp. 15. Januar 1881 exstirpirte Czerny durch das vordere Scheidengewölbe ein subseröses Myom und durch das hintere Scheidengewölbe einen retro-uterinen, ödematösen Tumor von 500 g Gewicht. — Es handelte sich in diesen Fällen nicht um Totalexstirpationen, sondern nur um Enukleationen. Czerny erwähnt, dass er 1881 Myome 3mal durch das hintere und 1mal durch das vordere Scheidengewölbe entfernte.

Lomer beschreibt eine am 29. April 1882 von Schröder ausgeführte Operation, bei welcher nach Incision der vorderen Scheidenwand ein hühnereigroßes Myom stückweise entfernt wurde.

Auf der Naturforscherversammlung in Eisenach (1882) berichtete Olshausen über eine Totalexstirpation, welche in Folge eines diagnostischen Irrthums bei einer Frau mit einem kleinen Myom der hinteren Collumwand ausgeführt wurde. »Die rauhe Oberfläche der harten Geschwulst und der putride Ausfluss täuschten Carcinom vor.«

In neuerer Zeit geht das Bestreben der operativen Gynäkologie dahin, wenn irgend möglich, die Myome von der Scheide aus zu entfernen, was, wie schon erwähnt, durch die von Péan weiter ausgebildete Methode des Morcellements auch für solche Fälle möglich geworden ist, welche wegen ihrer Größe früher nicht mehr vaginal hätten operirt werden können.

Die Ansicht Döderlein's geht bei der Wahl der Methode dahin, »dass in denjenigen Fällen, in welchen die Entfernung des Uterus per vaginam möglich ist, diese unter allen Umständen jeder Art von Laparotomie überlegen ist«.

Der ungeahnte Aufschwung, welchen die vaginalen Operationen im Laufe der letzten Jahre genommen haben, ist sicherlich auch der durch Martin und Dührssen inaugurirten Kolpotomie zu verdanken, so dass jetzt auch die vaginale Ovariotomie eine typische Operation geworden ist, wobei zur Verkleinerung an Stelle des Morcellements die Punktion des cystischen Tumors tritt.

Außerdem ist aber die größere Häufigkeit der vaginalen Operationen auch mit den Erfahrungsthatsachen in Zusammenhang zu bringen, dass nach denselben, auch wenn sie schwere und lange dauernde Eingriffe darstellten, das Befinden der Operirten ein besseres ist, als nach Laparotomien.

Das subjektive Befinden steht nicht im Verhältnisse zur vorausgegangenen Operation. »Alle Operateure«, sagt Fritsch, »haben die Beobachtung gemacht, dass sehr heruntergekommene, ausgeblutete Pat. wohl eine vaginale Exstirpation, selbst wenn sie lange dauert, gut vertragen, dass dagegen eine Laparotomie unter so ungünstigen Verhältnissen eine schlechte Prognose giebt.« Auch Veit macht auf den Unterschied in der Rekonvalescenz zu Gunsten der vaginalen Operationen aufmerksam; er hält principiell den vaginalen

Weg für sehr vortheilhaft in den Fällen, in welchen schwere Blutungen allein den Grund zum Einschreiten abgeben.

Auf weitere Vortheile, welche die vaginale Köliotomie im Verhältnisse zur ventralen mit sich bringt, will ich hier nicht näher eingehen, zumal da dieselben im Verlaufe der letzten Zeit entsprechend gewürdigt und hervorgehoben worden sind.

Um die vaginale Entfernung größerer Myome zu ermöglichen, kommen je nach dem anatomischen Verhalten derselben hauptsächlich 2 Methoden in Betracht: die Enukleation und das Morcellement.

Handelt es sich um Myome, welche in einer Kapsel liegen, so wird man nach entsprechender Freilegung des Tumors diese spalten und die einzelnen Myome mit dem Finger oder mit Instrumenten (Haken, Zangen) enukleiren. Dieselben entschlüpfen leicht aus ihrer Kapsel; größere Kapselmyome werden zum Zwecke des Ausschälens durch Excision einzelner Stücke entsprechend verkleinert.

Schwieriger werden die Verhältnisse, wenn es sich um größere Myome oder solche Tumoren handelt, die nicht von einer Kapsel umgeben sind. Für die operative Behandlung solcher Fälle kommt das von Péan im Jahre 1882 ausführlich beschriebene Verfahren des Morcellements in Betracht, wodurch es möglich wird, auch große fibröse Tumoren des Uterus durch die Scheide zu entfernen.

Péan selbst sagt: »L'hystérectomie par la voie vaginale, que nous avons appliquée le premier en France en 1882 aux fibromes doit être réservée aux myômes, dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'un foetus à terme et à bon nombre de ceux, qui ne s'élèvent pas sensiblement au dessus de l'ombilic.«

Segond ist der Ansicht, »que tout fibrome dont les limites supérieures sont simplement tangentes à l'ombilic est justiciable de l'hystérectomie vaginale«. Er stellt die allgemeine Regel auf: »Toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être, sauf exception, enlevée par voie vaginale.«

Während Péan das große Verdienst hat, den vaginalen Weg zur Entfernung von Myomen weiter ausgebildet zu haben, muss auf der anderen Seite anerkannt werden, dass Doyen diejenige Methode des Morcellements ausgeführt und genau beschrieben hat, bei welcher ohne präventive Blutstillung operirt wird. Doyen hat im Jahre 1887 begonnen, große interstitielle Myome von der Scheide aus in Angriff zu nehmen, »sans avoir jamais vu opérer seul cas analogue par un autre chirurgien« (Doyen).

Die Methode Péan's zerfällt in verschiedene Akte:

I. Umschneiden der Portio und Freimachen der Cervix von dem Scheidenansatze.

II. Einschneiden der Cervix und des unteren Uterinsegmentes bis zum Tumor.

III. Stückweise Verkleinerung des Tumors unter Zuhilfenahme von starken Zangen, Scheren und Messern.

IV. Toilette des Uterus. Naht der Cervix.

Dieser letzte Akt kommt jetzt in Wegfall, da wohl allgemein gleichzeitig mit dem Morcellement auch die Totalexstirpation beabsichtigt wird, wobei das zuerst im Jahre 1882 von Peter Müller vorgeschlagene Entzweischneiden des Uterus eine besondere Rolle spielt.

Da die Morcellementoperationen in entsprechenden Fällen zu den schwersten gynäkologischen Eingriffen gehören, so werden dieselben auch nur von technisch wohl ausgebildeten Operateuren gemacht werden können. — Ein Hapterfordernis für die erfolgreiche Durchführung der vaginalen Myomoperationen mit Zuhilfenahme des Morcellements und der Enukleation ist ein zweckentsprechendes, passendes und reichliches Instrumentarium, wobei besonders die verschiedenen Formen und Größen gezähnter Zangen und Klammern eine Rolle spielen.

Auf Denjenigen, welcher zum 1. Male eine Morcellementoperation sieht, wird dieselbe keinen günstigen Eindruck machen, denn das ganze Verfahren hat etwas Rohes; ferner kann man sich nicht von der Empfindung frei machen, dass bei diesen Operationen auch Nebenverletzungen möglich sind. Wenn man die bei Secheyron p. 165 wiedergegebene Abbildung sieht (Fig. 13 Morcellement des fibromes), so muss man Hofmeier Recht geben, wenn ihm das Verfahren von Péan sehr gewaltsam und die Gefahren eventuell sehr groß erscheinen, denn das Zerschneiden in der Tiefe mit Schere und Messer ohne Kontrolle des Auges ist nicht ungefährlich. Das ist auch der Grund, warum heute noch einzelne Operateure sich grundsätzlich ablehnend gegen das Morcellement verhalten.

Durch die von Jahr zu Jahr sich verbessernde Technik, wobei ich ganz besonders auch die neue von Döderlein angegebene Methode der Totalexstirpation im Auge habe, ferner durch die Erfahrung, welche man sich im Verlaufe der operativen Thätigkeit sammelt, und durch die Benutzung von besseren und zweckentsprechenderen Instrumenten ist es möglich geworden, Nebenverletzungen nahezu vollständig zu vermeiden.

Bei den zahlreichen in der Tübinger Klinik von Prof. Döderlein ausgeführten Morcellementoperationen, unter denen sich Fälle finden, bei welchen das Myom Nabelhöhe erreichte, sind Nebenverletzungen nicht vorgekommen.

Das Instrumentarium für die in Frage kommende Operation ist hauptsächlich durch Segond und Doyen verbessert worden.

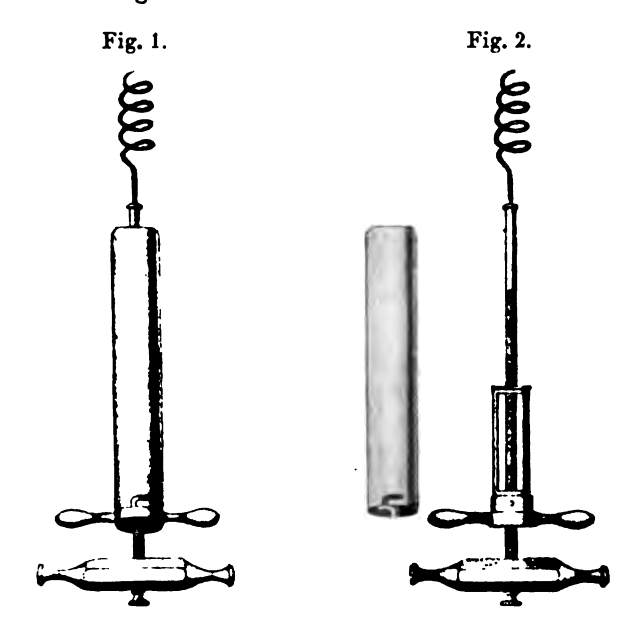
Das von Segond angegebene Instrument besteht in einem langgestielten, oben breiten, dreieckigen, über die Fläche gekrümmten und auf beiden Seiten schneidenden Messer, mit welchem einzelne Stücke aus dem Myom ausgeschnitten werden. Hierbei dient der in das Myom eingedrehte Bohrer[2] als Führer.

[2] Nach Döderlein ist es bis jetzt nicht sichergestellt, wer dieses Instrument angegeben hat; er sah den Bohrer zuerst Ostern 1886 bei Segond in Paris. Derselbe soll von Marion Sims stammen. — Fehling bildet (p. 279) das In-

Um das Myom zu verkleinern, resp. komprimirbarer zu gestalten, hat Doyen röhrenförmige, oben scharf geschliffene Instrumente — Tubes tranchants — angegeben, mit denen es möglich ist, cylindrische Stücke aus dem Tumor herauszuholen.

Während der verschiedenen von Herrn Prof. Döderlein ausgeführten vaginalen Myomoperationen konnte ich die Anwendung und Wirkungsweise beider Instrumente beobachten, wobei mir der Gedanke gekommen ist, dieselben zu kombiniren, so dass Bohrer, Segond'sches Messer und die Doyen'sche Röhre in einem einzigen Instrumente vereinigt sind.

Fig. 1. Fig. 2.



Instrument zum Morcellement der Myome bei vaginaler Operation. Die den Bohrer umgebende cylindrische Hülse kann in dem Schraubengange so weit nach oben gedreht werden, dass ihr oberer scharfer Rand mit der Spitze des Bohrers abschneidet. Nach Abnahme der durch Bajonettverschluss verbundenen Hülse lässt sich das herausgeschnittene Stück des Myoms leicht vom Bohrer entfernen.

Das Instrument[3] (Fig. 1 u. 2) hat das Aussehen eines trepanförmigen Perforatoriums, seine ganze Länge beträgt nahezu 30 cm. Es besteht aus einem langgestielten Bohrer, dessen einzelne Ringe parallel verlaufen. Der 2. Hauptheil ist eine am oberen Ende scharf geschliffene Röhre von 15,5 cm Länge und 8,5 cm Peripherie, welche mittels

strument ab und bezeichnet es als Korkzieher nach Segond. In der Arbeit von Secheyron — De l'hystérotomie vaginale etc. — findet sich p. 130 folgende Notiz: »Polk propose une sorte de tire-bouchon pour evider le centre et exercer les tractions nécessaires.« (Rép. gynécol. 1887. Mai.) Leider war es mir nicht möglich, die Original-Mittheilung zu bekommen.

[3] Dieses Instrument wird von dem Instrumentenmacher Dubois in Tübingen, Neckarhalde, angefertigt.

einer Schraube nach oben fortbewegt werden kann, und zwar nur so weit, bis Bohrerspitze und oberer Rand der Röhre in einer Ebene liegen, wodurch eine Verletzung des Darmes ausgeschlossen ist. Die Röhre ist mit dem Bohrer durch einen Bajonettverschluss in Verbindung und kann leicht abgenommen werden, so dass dasselbe Instrument sofort wieder zur weiteren Verkleinerung des Tumors benutzt werden kann.

Die Handhabung des Instrumentes ist folgende:

Nachdem der schneidende Cylinder so weit als möglich zurückgeschraubt worden ist, wird der Bohrer in das Myom eingeführt, hierauf wird die Röhre durch drehende Bewegungen so weit nach vorwärts gebracht, bis man auf einen Widerstand stößt.

Auf diese Weise wird ein der Länge des Bohrers entsprechendes cylindrisches Stück aus dem Myom ausgeschnitten, das sich durch kräftigen Zug entfernen lässt. Von dieser Stelle aus kann das Myom verkleinert werden, wenn nicht die theilweise Aushöhlung genügen sollte, das Myom so zusammen zu drücken, dass es mit Hilfe von Zangen vorgezogen werden kann.

Nach Abnahme der Hülse wird das ausgeschnittene Stück weggenommen, worauf das Instrument von Neuem benutzt werden kann.

Dieses Bohrermesser hat vor dem Segond'schen Instrument den Vortheil der sichereren Führung und der geringeren Möglichkeit, Nebenverletzungen zu machen. Dasselbe hat sich in einer Anzahl von Myomoperationen gut bewährt.

Litteratur.

1) J. Z. Amussat, Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus et sur la possibilité d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe.

2) K. Braun v. Fernwald, Über Enukleation eingekeilter Uterusfibrome. Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 39, 40 u. 41.

3) Czerny, Über die Enukleation subperitonealer Fibrome der Gebärmutter durch das Scheidengewölbe — vaginale Myomotomie. Wiener med. Wochenschrift 1881. No. 18 u. 19.

4) A. Vanderveer (Albany, N. Y.), Bericht über 8 Fälle von Uterusfibroid. Boston med. and surg. journ. 1879. Oktober 2 u. 9; Centralblatt für Gynäkologie 1880. No. 4. p. 91.

5) A. Döderlein, 90 Totalexstirpationen wegen Myoma uteri. Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. II. Hft. 1. 1899. p. 1.

6) A. Döderlein, Über vaginale Uterusexstirpation, mit einem Vorschlage einer neuen Operationsweise. Archiv für Gynäkologie Bd. LXIII. 1901. p. 1. (Festschrift, Herrn Geh. Med.-Rath Zweifel gewidmet.)

7) E. Doyen, Technique chirurgicale. Paris, 1897.

8) Th. A. Emmet, Principien und Praxis der Gynäkologie, Deutsch von G. Rothe. Leipzig, 1881.

9) H. Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 2. Auflage. Stuttgart, 1900.

10) Filhos, Tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus du volume d'un oeuf d'autruche, extirpée avec succès par M. Amussat. Revue méd. 1841. Bd. IV. p. 352.

11) E. Frank, Über die Operation komplicirter Fibromyome des Uterus. Inaug.-Diss., Straßburg, 1880.

12) H. Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. 9. Auflage. Braunschweig, 1900. p. 364.

13) A. Gornet, De l'hystérectomie vaginale en France. Paris, 1886.

14) R. Haidlen, Zur Frage der Totalexstirpation des Uterus. Archiv für Gynäkologie Bd. XIX. 1882. p. 106.

15) Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie. 4. Auflage. Stuttgart, 1897.

16) M. Hofmeier, Grundriss der gynäkologischen Operationen. 2. Auflage. Leipzig und Wien, 1892.

17) Hutchinson, Med. times and gazette Vol. XV. 1837. p. 86, 117, 139 u. 168.

18) A. F. Kiwisch, Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. I. Abtheilung. Prag, 1851. p. 487.

19) A. Kottmann, Beiträge zur Gebärmutterchirurgie. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1882. Jahrg. XII. No. 2. p. 42.

20) O. Küstner, Die zweiseitige vaginale Enukleation großer Uterusmyome. Deutsche med. Wochenschrift 1893. No. 1.

21) R. Lomer, Über die Enukleation der Myome. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XI. 1883; Bd. XII. p. 277.

22) Draga Ljočić, Ein Beitrag zur operativen Therapie der Fibromyome des Uterus. Inaug.-Diss., Zürich, 1878.

23) Männel, Über die natürliche und künstliche Elimination sessiler (intraparietaler) Uterusfibroide. Prager Vierteljahrsschrift 1874. Bd. II. p. 29.

24) Mikulicz, Zwei, kindskopfgroßes interstitielles und orangegroßes subseröses, Myofibrome des Uterus, Exstirpation durch die Scheide, Heilung. Wiener med. Wochenschrift 1883. No. 10. Jahrg. XXXIII. p. 270.

25) P. Müller, Eine Modifikation der vaginalen Totalexstirpation des Uterus. Centralblatt für Gynäkologie 1882. p. 113.

26) Olshausen, Weitere Erfolge der vaginalen Totalexstirpation des Uterus und Modifikation der Technik. Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 55. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Eisenach 1882. Außerdem: Archiv für Gynäkologie 1882. Bd. XX. p. 291.

27) Péan, De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Gaz. des hôpitaux 1883. Juli. No. 80. p. 636.

28) Péan, Du morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses et cancéreuses. Lancette française; Gaz. des hôpitaux 1886. No. 9. p. 65. (Beschreibung des Morcellements und der Totalextirpation.)

29) Péan, Ablation des tumeurs fibreuses ou myomes du corps de l'utérus par la voie vaginale. Ibid. 1886. No. 56. p. 445.

30) Péan, Indication de la castration utérine et de la castration ovarienne. Ibid. No. 145. p. 1169.

31) Péan, Les fibromes utérines. Ann. de gyn. et d'obstétr. 1895. Novembre. T. XLIV. p. 345.

32) S. Pozzi, Lehrbuch der klinischen und operativen Gynäkologie. 3. Ausgabe. 1897. (Französisch.)

33) Retzius, Neue Zeitschrift für Geburtskunde Bd. XXXI. p. 430.

34) Riedinger, Übermannskopfgroßes interstitielles Myofibrom des Uterus. Exstirpation durch die Scheide. Heilung. Wiener med. Wochenschrift 1883. Mai. Jahrg. XXXIII. No. 20 u. 21.

35) M. Sänger, Zur vaginalen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus nebst Bericht über zwei von der Operation genesene Fälle. Archiv für Gynäkologie 1883. Bd. XXI. p. 104.

36) L. Secheyron, De l'hystérotomie vaginale, étude sur le traitement chirurgical des fibromes et de kystes de l'utérus par la voie vaginale. Paris, 1888.

37) P. Segond, Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale. Semaine méd. 1895. p. 475.

38) P. Segond, Ibidem. Ann. de gyn. et d'obstétr. 1895. Novembre. T. XLIV.

39) G. Simon, Die operative Verlängerung (Allongement opératoire) fibröser Gebärmutterpolypen. Eine Methode der Exstirpation sehr voluminöser Polypen. Monatsschrift für Geburtskunde 1862. December. Bd. XX. Hft. 6. p. 467.

40) F. Spaeth, Ein Fall von vaginaler Totalexstirpation des myomatösen Uterus. Centralblatt für Gynäkologie 1889. No. 35. p. 609.

41) O. Spiegelberg, Kasuistische Mittheilungen zu den eingekeilten Fibroiden der Gebärmutter. Archiv für Gynäkologie 1873. Bd. V. Hft. 1. p. 101.

42) Stansbury Sutton, Tumeur fibreuse sous-péritonéale de l'utérus; ablation par une incision pratiquée dans la paroi postérieure du vagin. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1877. Août 17. No. 33. p. 428. Außerdem: Centralblatt für Gynäkologie 1877. No. 20. p. 366.

43) M. Troussel, Tumeur développée dans les parois de l'utérus. Opération pratiquée par M. Amussat. Revue méd. Paris, 1840. p. 197.

44) J. Veit, Über vaginale Myomotomie. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1896. Bd. XXXIV. p. 109.

45) J. Veit, Handbuch der Gynäkologie Bd. II. p. 577 ff. Wiesbaden, 1897.

46) J. Veit, Vaginale Myomotomie. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie p. 447. Wien, 1895.

47) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Bd. VIII. Leipzig, 1899.

XIV.

Zu dem Aufsatze von L. Heidenhain: „Vier Kaiserschnitte mit querem Fundusschnitte" i. d. Bl. No. 14 1901.

Von

P. Baumm.

Im Eingange seiner im Wesen kasuistischen Mittheilung über 4 Kaiserschnitte mit günstigem Ausgange stellt Heidenhain den Satz auf, »dass heut zu Tage ein konservativer Kaiserschnitt bei einer gesunden, nicht inficirten Kreißenden ein ungefährlicher Eingriff ist, sobald man in Ruhe und mit Sorgfalt die Vorbereitungen zur Operation treffen kann«. Das ist der erste Punkt, dem zu widersprechen ist. Ich behaupte im Gegentheil, dass auch heute noch der Kaiserschnitt die gefährlichste geburtshilfliche Operation ist, weil sie ceteris paribus die höchste Mortalitätsziffer ergiebt. Ich habe unter 10 glatten, ausgesuchten Fällen der letzten 6 Jahre 2 Todesfälle = 20% zu verzeichnen. Im Schröder'schen Lehrbuche werden mehr als 15% Mortalität als das Wahrscheinliche angenommen. Ahlfeld berichtet in seinem Lehrbuche, dass von 10 vorher völlig gesunden Frauen 3 = 30% dem konservativen Kaiserschnitte erlegen sind. Runge giebt 10% an, auch noch eine hohe Zahl, und ähnlich lauten die statistischen Angaben anderer, erfahrener Geburtshelfer. Selbst die ausgesuchtesten und sorgfältigst vorbereiteten Fälle starben trotz alledem hier und da. Davor bleibt kein Operateur auf die Dauer bewahrt. Der Kaiserschnitt ist und bleibt eine lebensgefährliche Operation, wenn auch die Chancen heute sehr viel günstiger liegen als ehedem. Zudem ist es nicht gleichgültig, ob die Frau

in ihrer Fortpflanzungszeit die Bauch- und Uterusnarbe hat oder nicht. Ich habe gleich Anderen die Uterusnarbe in einer folgenden Schwangerschaft platzen sehen, von Bauchbrüchen ganz zu schweigen; die Frau ist daran eingegangen.

Dem zu Folge sollte man bei der Indikationsstellung zum Kaiserschnitte aufs strengste zu Werke gehen. Mich dünkt, dass hierin vielfach gesündigt wird. Die veröffentlichten zahlreichen günstigen Resultate — die schlechten werden meist nicht beschrieben — und noch mehr eine Reihe selbst erlebter glücklicher Ausgänge verführen allzu leicht dazu, die imponirende, elegante, nicht schwierige und doch dankbare Operation öfter zu machen, als es nothwendig ist. Es ist unter Umständen entschieden schwerer, sich des Kaiserschnittes zu enthalten, als ihn auszuführen. Es geht hier, wie bei den Beckenendlagen, wo der Unerfahrene Mühe hat, an sich zu halten, um an dem halbgeborenen Kinde nicht zu ziehen. In Heidenhain's 4. Falle war die Indikation zum Kaiserschnitte meiner Ansicht nach nicht gegeben. Der Fall lag so: 30jährige Ipara mit plattem Becken und Conj. diag. von $9^1/_2$ cm; Wehen seit 21 Stunden, Blase angeblich vor 2 Stunden gesprungen; Querlage; der Uterus umschließt fest das lebende Kind und zieht sich bei jeder Berührung noch fester zusammen; Portio erhalten, Muttermund geschlossen. Unter diesen Umständen erschien Heidenhain die Entwicklung eines lebenden Kindes per vias naturales unmöglich und die Entwicklung eines todten auch bei starker Gefährdung der Mutter sehr schwierig. Daher wurde der Kaiserschnitt gemacht. Warum aber erschien die Entwicklung eines lebenden Kindes unmöglich? Hat man nicht schon unzählige Male durch eben so enge Becken wohlentwickelte Kinder lebend extrahirt? Geburten waren noch nicht vorausgegangen, die den Beweis für die Unmöglichkeit erbracht hätten, und die Querlage machte es auch nicht gut möglich, die Unpassirbarkeit des Beckens für den Kopf darzuthun. Denn es ist, wenn der Kopf nicht über dem Beckeneingange steht, kaum möglich, eine richtige Vorstellung von den gegenseitigen Größenverhältnissen von Kopf und Becken zu gewinnen. Das Alter der Gebärenden, die Rigidität der Weichtheile, die Krampfwehen und der vorzeitige Wasserabfluss werden zur Motivirung mit herangezogen. Es sind das gewiss alles erschwerende Momente; aber sie lassen sich oft mit geeigneten Maßnahmen überwinden — wenn man es versucht, und dass dieser Versuch nicht gemacht worden ist, das ist es, wogegen ich polemisire. Warum hat man nicht versucht, die Krampfwehen mit Morphium oder schlimmsten Falles mit Chloroform zu bannen? Die nöthige Erweiterung des Muttermundes hätte trotz der 30 Jahre und der »Rigidität« der Weichtheile ein Ballon sicher herbeigeführt. Der Umstand, dass die Blase, wenn überhaupt, erst 2 Stunden weg war, musste die Ausführbarkeit der Wendung sehr wahrscheinlich machen. Eine abnorme Rigidität des Muttermundes ist durch nichts bewiesen. Dass die Portio noch erhalten und der Muttermund ge-

schlossen war, obwohl das Wasser schon vor 2 Stunden abgeflossen war oder umgekehrt, ist durchaus nichts so Wunderbares, wie Heidenhain meint. Wir erleben das recht häufig; die Blase springt häufig als erstes Zeichen des Geburtsbeginnes. Aber die Wehen hatten schon 19 Stunden vor dem Blasensprunge begonnen. Auch das beweist nichts für abnorme Rigidität. Wie oft beobachtet man am Schwangerschaftsende stunden-, ja tagelang wehenartige, oft recht schmerzhafte Uteruskontraktionen, ohne dass die Geburt nachweisbar in Gang kommt. Setzen erst die richtigen Geburtswehen ein, dann ist bald von der vermeintlichen Rigidität des Muttermundes nichts mehr zu merken. Das möchte ich auch für Heidenhain's Fall 4 annehmen. Kurz, die Möglichkeit, ein lebendes Kind durch Wendung und Extraktion zu entwickeln, war nicht so ohne Weiteres von der Hand zu weisen.

Noch weniger kann man den zweiten Grund zur Ausführung der Sectio caesarea gelten lassen: dass die Entwicklung eines todten Kindes von unten sehr schwierig und für die Mutter sehr gefährlich erschien. Ich will gern zugeben, dass unter Umständen die Entbindung recht schwer für den Geburtshelfer gewesen wäre und viel Fertigkeit erfordert hätte, keineswegs aber, dass bei sachgemäßer Ausführung die Gefahr für die Mutter diejenige der Sectio caesarea erreicht oder 'gar überschritten hätte. Mir mangelt leider die Zeit, dies statistisch zu belegen, aber das weiß ich, dass ähnliche Fälle relativ oft vorkommen, und — noninfectio vorausgesetzt — einen guten Ausgang nahezu garantiren, was, wie Eingangs erwähnt, für die Sectio nicht gilt.

Der glückliche Ausgang, den Heidenhain erzielt hat, beweist nichts für die Richtigkeit des Verfahrens. Es sind bei der Indikationsstellung zu dem gefährlicheren Eingriffe geburtshilfliche Erfahrungen bei Seite geschoben worden, deren Beobachtung einen anderen Weg führen musste.

Nun noch ein Wort zum queren Fundusschnitte. Nach den zahlreichen litterarischen Emanationen über diesen Gegenstand scheint die Frage, ob querer Fundus- oder Längsschnitt, noch nicht gelöst. Es ist aber meines Erachtens falsch, sich auf den Standpunkt zu stellen: entweder das Eine oder das Andere. Ich glaube bestimmt, dass Fritsch selber bei seinem bekannten praktischen Blick und Geschick der Frage keine so hohe Bedeutung beilegt, wie die Eiferer dafür und dagegen. Er macht seine Kaiserschnitte mit Fundusschnitt sicherlich nicht besser und nicht schlechter als nach der alten Methode, und so wird es Jedem gehen, der Praxis in der Bauchchirurgie hat, den die verschiedenen Zwischenfälle bei Bauchoperationen nicht mehr geniren. Die giebt es nach meinen Erfahrungen bei beiden Methoden. Man wird in jedem Falle das wählen, was am geeignetsten erscheint. Sitzt z. B. die Placenta vermuthlich vorn oder ist der Uterus ventrifixirt, so macht man den queren Fundusschnitt. Das Hauptverdienst, das Fritsch durch Angabe der neuen

Schnittführung gebührt, liegt darin, uns eine größere Bewegungsfreiheit im Handeln gegeben zu haben.

XV.

Ein Fall von Sectio caesarea und Ovariotomie in partu.

Von

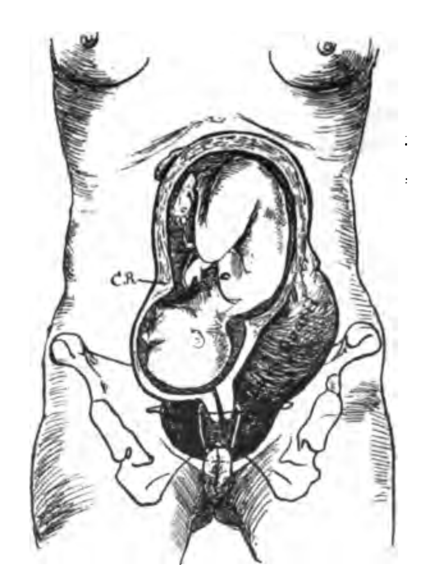
Prof. Dr. C. H. Stratz im Haag.

Am 8. April 1901, dem 2. Ostertag, wurde ich um 11 Uhr Nachts zu einer Ipara von 24 Jahren gerufen, die seit dem 4. April Wehen hatte, ohne dass die Geburt fortschritt. Temperatur 37,7. Puls 120. Foetor ex ore, belegte Zunge, fortwährende Übelkeit. Fundus uteri am Rippenbogen, Rücken links, Kopf, der mit beängstigender Deutlichkeit zu fühlen ist, ruht in der Ileocoecalgegend über dem Becken, Herztöne 132, links vom Nabel; links neben dem Uterus ein prall elastischer Tumor. Abdomen äußerst schmerzhaft. Kontraktionsring quer von rechts oben nach links unten unterhalb des Nabels, im Beginne der Wehe deutlich zu fühlen.

Per vaginam: Praller, harter Tumor, der das ganze Becken ausfüllt; hoch über der Symphyse vorn die aufgelockerte Portio; Ostium gerade für einen Finger durchgängig. Bei Verschieben der Portio nach rechts spannen sich breite Stränge links nach dem Tumor hin.

Per rectum: Der Tumor setzt sich tief in den Douglas fort und ist rings durch zahlreiche, sehr empfindliche Adhäsionen fixirt.

Diagnose: Parturiens, I. Schädellage, lebendes Kind. Tumor ovarii sinistri. Peritonitis adhaesiva. Status gastricus. Ruptura uteri imminens.



Für die drohende Ruptur sprachen: die abnorme Deutlichkeit der Kopfumrisse, deren Verlagerung nach rechts und der Hochstand des Kontraktionsringes; für die adhäsive Peritonitis die Stränge des Douglas, die große Empfindlichkeit des Abdomens und der frequente Puls. Dass der Tumor mit einem breiten Stiele mit dem Uterus verbunden sein müsse, bewiesen die Stränge, die sich bei Verschiebung der Portio anspannten. Wiederholte Repositionsversuche waren vergeblich.

Die Peritonitis, der breite Stiel und die drohende Uterusruptur bestimmten mich, in diesem Falle auch nicht dem Vorschlage von Fritsch zu folgen, um von der Vagina aus den Tumor zu incidiren und mit der Vagina zu vernähen. Die Gefahr schien um so größer, als der Partus bereits 4 Tage gedauert hatte und von anderer Seite wiederholt untersucht worden war. Es blieb nichts übrig als Sectio caesarea, womöglich mit Ovariotomie.

Ich ließ die Pat. in meine Klinik bringen und bereitete Alles zur Operation vor, die am 9. April Morgens 10 Uhr stattfinden sollte.

Von den 3 Assistenten war nur einer erschienen; außer diesem stand mir meine in jeder Beziehung zuverlässige Oberschwester und eine Schülerin zur Verfügung.

Ich wagte es nicht, die Pat. länger in diesem Zustande zu lassen, und entschloss mich trotz der geringen Assistenz zur Operation.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle floss etwas helle Ascitesflüssigkeit ab, einige Adhäsionen ließen sich stumpf ohne Blutung lösen; der Uterus wurde eventrirt und in der Mittellinie geöffnet. Der Schnitt traf die Placenta, ich drang schnell durch und extrahirte einen ausgetragenen, leicht asphyktischen Knaben; der Kopf ließ sich nur mit Schwierigkeiten aus dem C. R. herausziehen. 2 spritzende Arterien der Uteruswand wurden sofort in die 1. Naht gefasst, die Placenta entfernt und der Uterus mit 8 Seidenligaturen geschlossen. Trotzdem der Schlauch riss, blutete es nur wenig, und der Uterus kontrahirte sich gut. Nun wurden die Adhäsionen des tief intraligamentär entwickelten Ovarialtumors gelöst, und dieser nach Versenkung des Uterus hervorgehoben. Auch jetzt noch hatte ich Schwierigkeiten, den Tumor am entleerten Uterus vorbei herauszuheben. Der Stiel wurde mit 6 Massenligaturen versorgt, und dann der Tumor herauspräparirt, der Stumpf, zur Vermeidung von Nachblutung, im unteren Wundwinkel fixirt und die Bauchhöhle geschlossen. Die ganze Operation hatte 25 Minuten gedauert.

Der weitere Verlauf war mit Ausnahme der Magenbeschwerden ein völlig ungestörter.

Das Kind von 3000 g entwickelt sich gut. Nimmt nach der Geburt die für Gesichtslage charakteristische Kopfhaltung ein. Das Gesicht lag in dem stark gestreckten Theile des unteren Uterinsegmentes.

Der Tumor, 1100 g, 20 cm lang, 12 cm breit, erwies sich als ein großes, unilokuläres Dermoid, das mit atheromatöser Masse und einem Knäuel von Haaren gefüllt war, welche von einer thalergroßen beinharten Stelle der Wand ausgingen.

In der Litteratur finde ich nur 2 analoge Fälle, einen von Boxall[1] und einen von Staude[2], die beide ein gleich günstiges Resultat ergaben. In gleicher Weise hat R. v. Braun[3] im 8. Monate der Gravidität operirt; die Mutter blieb am Leben, das Kind starb.

Mit der Epikrise dieses Falles kann ich mich kurz fassen. Er ist eine sprechende Illustration der von Hofmeier[4] und von Pfannenstiel[5] theoretisch aufgestellten Grundsätze, »dass die vollkommenste Therapie die Ovariotomie intra partum ist, weil sie die Ursache der Komplikation beseitigt. Ist sie auf vaginalem Wege ausführbar, um so besser. Wenn nicht, ist die abdominale Ovariotomie auszuführen, in der Regel in Kombination mit dem Kaiserschnitte. Alle anderen Verfahren sind als minderwerthig zu bezeichnen« (Pfannenstiel).

Zur Ovariotomie allein, ohne Sectio caesarea, war in meinem Falle natürlich keine Möglichkeit vorhanden; abgesehen davon, dass der Tumor nicht neben dem gefüllten Uterus hätte entwickelt werden können, war außerdem noch die Gefahr der drohenden Uterusruptur zu beseitigen. Ein nach der Ovariotomie eingeleiteter Partus

---

[1] Brit. med. journ. 1898. Bd. I. p. 149.
[2] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1895. p. 257.
[3] Centralblatt für Gynäkologie 1895. p. 350.
[4] Gynäkologische Operationen 1898. p. 386.
[5] Veit's Handbuch IIIa. p. 492.

hätte die Prognose für das Kind außerordentlich verschlechtert und bei dem breiten Stiele, ähnlich wie in dem bekannten Fehlingschen Falle, die Gefahr der Lösung einer Ligatur an dem sich verkleinernden Uterus gegeben.

Selbstverständlich halte ich eine derartige Operation nur innerhalb der streng aseptischen Räume einer Klinik für erlaubt. Bei der in Folge des Osterfestes stark zusammengeschrumpften Assistenz war der gute Erfolg ein um so erfreulicherer.

XVI.

(Aus dem Frauenspital in Basel.)

Über vaginale Ovariotomie während der Geburt.

Von

Dr. E. Niebergall.

Im Jahre 1894 führte Staude[1] als erster die Ovariotomia vaginalis intra partum mit gutem Erfolge aus und empfiehlt das Verfahren für die Fälle, bei denen der Tumor in toto tief ins Becken hineingedrängt und lang gestielt ist; Verwachsungen müssen ihm fehlen. Auch Pfannenstiel[2] betont die Möglichkeit der Entfernung von Ovarialgeschwülsten auf vaginalem Wege während der Geburt, wenigstens in geeigneten Fällen, besonders bei langem Stiele, und räth, immer die vaginale Ovariotomie zu versuchen.

Dass man aber einen Schritt weiter gehen kann und die Operation selbst dann ausführbar ist, wenn nur ein Theil der Cyste im kleinen Becken sich befindet und Verwachsungen vorhanden sind, beweist die folgende Krankengeschichte.

Am 25. März 1900 wurde ich Abends 7 Uhr zu der 30jährigen IVgebärenden Frau V. gerufen. Die 3 ersten Geburten waren normal und stets sehr rasch verlaufen. Die Menses ohne Besonderheiten, zum letzten Male am 3. Juli 1899 eingetreten. Die ersten Kindsbewegungen will sie Mitte November bemerkt haben. Während der Schwangerschaft, außer sehr rascher Zunahme des Leibes, keine Besonderheiten. Erst seit Anfang März starke Spannung im Leibe, Athemnoth, häufiges Erbrechen.

Wehenbeginn 25. März Mittags 2 Uhr unmittelbar nach dem Blasensprunge. Da der Kopf trotz regelmäßiger und kräftiger Wehen immer hoch bleibt, wird von der Hebamme ärztliche Hilfe requirirt.

Status: Äußerlich Abdomen stark aufgetrieben, Rücken von links unten nach rechts oben verlaufend, Herztöne links vom Nabel, deutlich, der Kopf über der linken Darmbeinschaufel abgewichen. Auffallend war es, dass der Kopf be jeder Wehe sich in das Becken hinein zu drängen suchte, aber wie von einer unsichtbaren Gewalt wieder aus demselben weggeschoben wurde.

Bei der inneren Untersuchung fiel es sofort auf, dass das hintere Scheidengewölbe wie durch Kothmassen stark nach vorn gedrängt war; ferner war die

---

[1] Staude, Zur Komplikation von Schwangerschaft und Geburt durch Ovarialtumoren. Monatsschrift für Geburtshilfe Bd. II.

[2] Pfannenstiel, Die Erkrankungen des Eierstockes. Veit's Handbuch Bd. III.

vordere Muttermundslippe, hoch oben, hinter der Symphyse, zu fühlen, verstrichen, die hintere dagegen vollständig erhalten; es bot sich uns also genau das umgekehrte Bild, wie wir es bei Geburten nach Vaginofixatio nicht zu selten sehen, wo die vordere Lippe erhalten, die hintere verstrichen ist.

Der Kopf war nur beim Hineindrängen von oben mit einem kleinen Segment zu fühlen. Über die Natur des Hindernisses im kleinen Becken gab uns die Untersuchung per rectum bald Aufschluss, indem man deutlich erkennen konnte, dass ein weicher, elastischer Tumor den Douglas ausfüllte und den Kopf am Eintreten hinderte. Der Versuch, den Tumor zuerst in Rückenlage, dann in Knie-Ellbogenlage zu reponiren, misslang, und so schickte ich die Frau in das Spital mit der Diagnose: Geburt komplicirt durch Ovarialtumor.

Der weitere Verlauf war folgender: Als ein nochmaliger Repositionsversuch resultatlos verlaufen war und eine Verkleinerung des Tumors durch Anstechen mit dem Trokart wegen des dickflüssigen Inhaltes misslungen war, erweiterte Prof. Bumm die Punktionsöffnung im hinteren Scheidengewölbe durch Incision mit dem Paquelin, die stark blutenden Scheidenwundränder wurden mit Pinces gefasst. Sogleich wurde der Cystenbalg sichtbar, gefasst, eingeschnitten, ein Theil des Inhaltes der einzelnen Kammern entleert und der Balg nach Lösung mehrerer Verwachsungen bis in die Vulva heruntergezogen. Inzwischen rückte der Kopf mit einer kräftigen Wehe tiefer, die Pinces wurden entfernt und der Kopf mit dem Forceps entwickelt, das Kind extrahirt und die Placenta wegen leichter Blutung nach 10 Minuten exprimirt.

Beim Versuche nun, die Cyste nach Durchtrennung einzelner Verwachsungen vollständig zu extrahiren, entleerte sich von Neuem aus einzelnen Kammern viel Flüssigkeit, und es stellte sich heraus, dass zuerst nur der kleinere, im Douglas liegende Theil in der Vulva sichtbar war, dass außerdem noch eine große Partie des Tumors in der Bauchhöhle, über dem Becken, sich befand, von wo er sich nun nach der Verkleinerung leicht herunterziehen ließ. Der von der rechten Uteruskante ausgehende, ca. 2 cm dicke Stiel wurde abgebunden, verschorft und versenkt, die Incisionswunde geschlossen und ein während des raschen Durchtrittes des Kopfes entstandener, stark blutender Cervixriss vernäht.

Die Rekonvalescens wurde durch eine Temperatursteigerung bis auf 39° gestört, doch fiel das Fieber auf ein Ölklysma nach reichlicher Stuhlentleerung bald wieder ab, und die Pat. konnte nach 4 Wochen das Spital geheilt verlassen.

Die Operation, vaginale Ovariotomie während der Geburt, ist also auch unter relativ schwierigen Verhältnissen möglich, denn in unserem Falle war die Cyste nur zum Theil im kleinen Becken eingeklemmt, sie war vielkammerig und verwachsen.

Eine Incision und Einnähen der Cyste in die Vagina hätte höchstens die untere Partie als Hindernis eliminirt, der obere Theil hätte der Geburt vielleicht nicht im Wege gestanden, aber eine spätere Operation wäre nicht zu vermeiden gewesen. Außerdem hätte die Gefahr einer Vereiterung im Wochenbette bestanden.

Das Vorgehen war also zweifellos das richtige und dürfte sich unter ähnlichen Umständen immer empfehlen. Sollte der Cysteninhalt als infektiös verdächtig sein, so wäre es unter Umständen angezeigt, die Scheidenwunde offen zu lassen und zu drainiren.

Jedenfalls bedeutet die Vornahme der vaginalen Ovariotomie intra partum unter den geschilderten Umständen (Verwachsungen, Vielkammerigkeit und Größe der Cyste) wieder eine kleine Erweiterung des Gebietes der vaginalen Operationen.

Zwei Fälle von Mammahypertrophie bei Schwangeren.

Von

Dr. Hesekiel Zarukow,

Ältester Ordinator am Stadtkrankenhause zu Rostow a/D.

In jüngster Zeit sind in dieser Zeitschrift (Centrbl. f. Gynäkologie 1900, No. 35, Donati, nebst Litteratur und 1901 No. 1, Grasmück) zwei neue Fälle von Mammahypertrophie besprochen worden, und da beide Autoren darüber übereinkommen, dass diese Erkrankung als eine seltene bezeichnet werden muss, so halte ich es für meine Pflicht, die beiden Fälle, die mir zur Beobachtung gekommen und zur Schwangerschaftshypertrophie gezählt werden müssen, ebenfalls zu referiren.

Fall 1. W. K., Bäuerin des Moskauer Gouvernements, 22 Jahre alt, Handschuhnäherin, trat am 8. April 1898 in das hiesige Stadtkrankenhaus, wegen enormer Schwellung ihrer Brüste.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Die Pat. ist von mittlerem Wuchse, regelmäßigem Körperbaue, besitzt mäßig entwickelte Muskulatur und Pannic. adip. Die Körpertemperatur normal. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts von der Norm Abweichendes. Schwangerschaft besteht seit $6^1/_2$ Monaten.

Fig. 1.



Eine frühere Geburt im August 1897 verlief normal. Verheirathet seit 4 Jahren. Die Menstruation trat im 14. Lebensjahre auf und war immer regelmäßig. Das 1. Kind stillte sie selbst, Milch war genügend vorhanden, doch starb das Kind nach 2 Wochen, und darauf sistirte auch die Milchsekretion. Die Brustdrüsen waren weder während der ersten Schwangerschaft, noch auch nach der ersten Geburt besonders geschwellt oder empfindlich.

Jetzt vor $1^1/_2$ Monat bemerkte Pat., dass ihr die Brüste, ohne jeglichen Schmerz, zu schwellen begannen. Anfangs legte Pat., in Rücksicht auf ihre Schwangerschaft, dieser Schwellung keine besondere Bedeutung bei; aber in den letzten 10 Tagen traten Schmerzen hinzu, und dabei nahm die Schwellung so bedeutend und schnell zu, dass sie beunruhigt wurde und sich an das Krankenhaus wandte, zumal die zuletzt geschilderten Erscheinungen ihr die tägliche Arbeit an der Nähmaschine unmöglich machen.

Die beiden Brüste sind enorm geschwellt, wobei sie jedoch ihre gewöhnliche (pendulae) Konfiguration nicht eingebüßt haben, wie aus nebenstehenden Photographien ersichtlich, angefertigt von einem Kollegen, der Amateur-Photograph ist. Die Warzen ein wenig abgeflacht, die Haut leicht ödematös, von normaler Farbe, die Hautvenen enorm erweitert und netzartig verästelt. Bei leichter Palpation erweist sich die Konsistenz der Brüste überall als gleichmäßig, prall elastisch, bei stärkerem Zudrücken fühlt man die härteren, an Zahl und Umfang vergrößerten Acini der Drüse durch. Während eine leichte Palpation vollkommen schmerzlos ist, treten bei etwas stärkerem Drucke Schmerzen auf, die in die Warzengegend ausstrahlen. Die Axillardrüsen sind nicht geschwellt. Die Maße sind folgende:

	Rechte Brust.	Linke Brust.
Der Umfang der Basis	57 cm	58 cm
Von der 3. Rippe bis zur Warze	24 »	23 »
Lateral von der Basis bis zur Warze	29 »	29 »
Vom Proc. xyphoid. bis zur Warze	24 »	23 »

Fig. 2.



Unter Massage, Jodkalisalbe, innerlichem Gebrauche von Jodkali und beständiger Bandage verkleinerten sich die Brustdrüsen allmählich mehr und mehr, und nach 10 Monaten hatten sie gewöhnliche Größe erreicht, nur blieben sie mehr hängend.

Die Pat. gebar Ende August, doch konnte sie nicht stillen, weil die Drüsen keine Milch secernirten. Die Geburt selbst erwies keine bemerkbare Beschleunigung auf die Rückbildung der hypertrophirten Brustdrüsen.

Fall 2. M. G., deutsche Kolonistin, 36 Jahre alt, trat am 19. März dieses Jahres in das hiesige Stadtkrankenhaus wegen Geschwulst, Schmerz und großer Schwere der rechten Brust. Die Untersuchung ergab Folgendes:

Pat. ist von starkem Körperbau mit gut entwickelter Muskulatur und reichlich entwickeltem Pann. adip. Innere Organe gesund. Schwangerschaft im 7. Monat. Verheirathet seit dem 19. Jahre, hat 8mal geboren und alle Kinder selbst gestillt. Die Menstruation trat im 16. Lebensjahre auf und war regelmäßig. Die rechte Brust von kolossaler Größe. Die Maße sind folgende:

	Rechte Brust.	Linke Brust.
Umfang an der Basis	62 cm	46 cm
Von der 3. Rippe bis zur Warze	25 »	22 »
Umfang in der Mitte	60 »	22 »
Vom Proc. xyphoid. bis zur Warze	25 »	24 »

Die Haut über der rechten Brustdrüse stark ödematös, bei Druck bleiben tiefe Gruben bestehen, stellenweise geröthet und bedeckt mit kleinem röthlichen, bläschenförmigen Ekzem. An der Außenfläche und vorn gewahrt man an drei

Stellen oberflächliche Exkoriationen, die nach Aussage der Pat. sich nach heißen Umschlägen und medikamentösen Einreibungen gebildet haben. In der Haut bemerkt man stellenweise an der Basis erweiterte Venen. Die Warze hypertrophisch, stark eingezogen. Bei der Palpation gelingt es, trotz der ödematösen Haut, die derb-elastische und vergrößerte Drüse durchzufühlen, die einzelnen Acini lassen sich jedoch nicht deutlich isoliren. Während der Druck auf die rechte Brustdrüse kein Sekret ergiebt, ergießt sich bei Druck aus der linken Colostrum.

Die Konsistenz der Drüse ist überall eine gleichmäßig derb-elastische, nirgends fühlt man irgend welche Verhärtungen oder Knoten. Die Axillardrüsen lassen sich nicht herauspalpiren.

Die Pat. klagt über eine große Schwere in der rechten Brust mit zeitweiligen Schmerzen, die in den rechten Arm ausstrahlen. Letzterer ein wenig ödematös

Fig. 3.



und seine Beweglichkeit im rechten Schultergelenke ein wenig herabgesetzt, jedoch nur mechanisch behindert durch die schwere und stark nach vorn tretende große Brust. Nach Aussage der Pat. begann vor 5 Monaten die rechte Brust sich stark zu vergrößern und schritt 4 Monate lang beständig im Wachsthume fort. Seit 1 Monat bemerkt Pat. keine Zunahme mehr.

Im Verlaufe der 10 Tage, die die Pat. bisher im Krankenhause verbracht, ist das anfängliche Ödem der Brust so stark zurückgegangen, dass die Maße jetzt um 2 cm geringer ausfallen. Der Arm hat sein Ödem ganz verloren, die Bewegungen im rechten Schultergelenke sind frei. Das Gefühl der Schwere und Schmerzen hat sich bedeutend verringert. Die Exkoriationen sind vertheilt und die Farbe blass geworden. Verhärtungen und Knoten lassen sich auch jetzt nirgends nachweisen. Daher muss auch dieser Fall zu der reinen hypertrophischen Form der Brustdrüsenschwellung gerechnet werden.

Rostow a/D., 19. April 1901.

XVII.

Peroneuslähmung durch Beckenhochlagerung.

Von

Dr. **Max Madlener** in Kempten.

Bezugnehmend auf die unter obigem Titel in No. 18 dieses Jahrgangs erschienene Publikation von Witthauer erlaube ich mir die Mittheilung, dass ich im Jahre 1897 (Münchener med. Wochenschrift 1897 No. 37 »Über Narkosenlähmung«) 20 Fälle von Lähmung des Plexus brachialis, 2 Fälle von isolirter Radialislähmung, 1 Fall von Lähmung des Nervus cruralis und 1 Fall von Peroneuslähmung, sämmtliche Fälle nach Operationen in Narkose beobachtet, zusammengestellt habe. Unter diesen »Narkosenlähmungen« — ein nicht ganz passender, dem Worte »Schlaflähmung« nachgebildeter Ausdruck, mit dem periphere Druckparesen, die während einer Narkose entstehen, bezeichnet werden — fällt fast die Hälfte gynäkologischen Operationen zur Last. Während die Lähmung des Plexus brachialis fast stets desshalb entstand, weil der Oberarm stark elevirt wurde und nach hinten sank, wodurch der Plexus brachialis zwischen Clavicula und 1. Rippe eingeklemmt wurde, kam die isolirte Radialislähmung durch Druck der Tischkante auf den herabhängenden Arm zu Stande, die Lähmung des Nervus cruralis durch extreme Hüftbeugung des Oberschenkels in einem Sänger'schen Beinhalter. Die Peroneuslähmung wurde von Weinlechner (Sitzungsbericht der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien, Centralblatt für Gynäkologie 1893 No. 11), eben so wie der von Witthauer mitgetheilte Fall nach langdauernder Beckenhochlagerung, und zwar durch Druck der Kante des Langenbeck'schen Operationstisches entstanden, beobachtet.

Ob noch weitere Peroneuslähmungen durch Beckenhochlagerung veröffentlicht sind, weiß ich nicht, da ich seit dem Jahre 1897 die einschlägige Litteratur nicht weiter verfolgte, doch hat der Witthauer'sche Fall in dem Weinlechner'schen sicher einen Vorgänger.

XVIII.

Erfahrungen über die momentanen Heilerfolge mittels der erweiterten Freund'schen Operation bei Krebs der Gebärmutter[1].

Von

Alfons von Rosthorn, Graz.

Von allen Seiten laufen Berichte ein, durch welche Operateure auf Grund der in den letzten Jahren gewonnenen Fortschritte der

[1] Auszug aus einem im Vereine der Ärzte am 29. April gehaltenem Vortrage.

Erkenntnis ihren Standpunkt in Bezug auf die am besten zu wählende Operationsmethode Behufs Besserung der uns noch keineswegs befriedigenden Dauererfolge kennzeichnen. Da dieses Thema auf dem demnächst abzuhaltenden Gynäkologenkongresse zur Diskussion gestellt ist, drängt es Jeden, der über ein etwas größeres Material zu verfügen in der Lage ist, seine eigenen Erfahrungen und Eindrücke zusammen zu fassen und allgemein bekannt zu geben. Insbesondere heißt es, öffentlich Stellung nehmen zu jener Umwälzung, welche in therapeutischer Hinsicht durch W. A. Freund, den Neubegründer der abdominalen Operation, und seine Schule in so zielbewusster und wissenschaftlicher Weise inaugurirt worden ist.

Unsere Anschauungen über den Ausgangspunkt, den ursprünglichen Aufbau, die Art der Verbreitung und die Form und den Sitz der Recidive beim Gebärmutterkrebse haben durch fleißige und ernste Arbeit gerade in den letzten Jahrzehnten eine wesentliche Erweiterung erfahren, welche die Grundlage für moderne chirurgische Bestrebungen bei der Ausrottung der auch in der Gebärmutter lokalisirten Neubildung abgeben konnte. Ausgehend von dem Gedanken, dass nur dann auf Dauerheilung gerechnet werden könne, wenn der ganze benachbarte Komplex von Lymphgefäßen und Lymphdrüsen sammt dem ursprünglichen Herde aus dem Körper eliminirt werden, hat Freund seine erweiterte abdominale Operation begründet, technisch weiter ausgebildet, dieselbe auch auf früher als inoperabel geltende Fälle ausgedehnt und die Erfolge bei denselben durch seine eignen und die Arbeiten seiner Schüler, insbesondere durch die wiederholten Publikationen Funke's allgemein bekannt gemacht. Er hat allenthalben begeisterte Anhänger gefunden, zu denen auch ich mich bekennen möchte.

Während ich in Prag in einer verhältnismäßig geringen Zahl von Fällen (21 gegenüber 127 vaginalen) die ursprüngliche abdominale Methode ohne Ausräumung des Bindegewebes und der Drüsen nur ab und zu bei einzelnen, für die vaginale Methode inoperablen Fällen zur Ausführung brachte, dem entsprechend auch eine ungünstige Statistik aufzuweisen hatte, habe ich seit meiner Hierherkunft, insbesondere seit dem Frühjahre 1900 konsequent alle Carcinome, so weit sie nicht absolut als inoperabel zurückgestellt werden mussten, aber auch solche der allerungünstigsten Chance der ausgedehnten, also neueren Freund'schen Operation unterzogen und halte vorläufig an der konsequenten Verfolgung dieser Methode fest.

Meine eigenen Erfahrungen belehren mich, dass von einer wesentlich größeren Gefahr selbst bei der ausgedehnten Operation, trotzdem wir auch Fälle der allerungünstigsten Art einbezogen haben, nicht gut die Rede sein kann. Denn von den bis März d. J. ausgeführten und der mikroskopischen Bearbeitung bereits unterzogenen 33 Fällen verloren wir nur 2; dies ergiebt eine primäre Mortalität von 6%. Der eine dieser Fälle erlag den Folgen der Anämie, der zweite einer septischen Peritonitis. Dieses Resultat ist allerdings von Einigen

bereits übertroffen worden, zählt aber immerhin zu den besten, die bekannt geworden sind. Hierbei möge besonders hervorgehoben werden, dass eine ganze Reihe dieser Operationen nicht durch mich, sondern auch durch meine Assistenten zur Ausführung gelangte, die technischen Schwierigkeiten demnach auch für Anfänger überwindbar sind.

Dass wir auch ungünstigere, über die sog. »Grenzfälle« Frommel's hinausgehende Fälle einer Operation noch unterzogen haben, zeigt der Umstand, dass wir in diesem Jahre nahezu die Hälfte aller uns zukommenden Fälle (46%) radikal nach dieser Methode operirten. Während in dem Zeitraume von 1892—1897 von meinem Vorgänger v. Rokitansky die Zahl der überhaupt und damals regelmäßig vaginal operirten Fälle 17% betrug, stieg diese Zahl in dem 1. Halbjahre meines Hierseins auf 25%, und nun auf 46% hinauf. Wir haben demnach die Zahl, welche wir einer solchen Operation unterzogen, auf das Doppelte erhöht, also die Indikationsgrenze weit hinaus verschoben und dennoch gleiche, ja fast bessere Resultate als bei der vaginalen Methode erzielt. Demnach möchte ich das vielfach gegen diese Methode ins Feld geführte Argument der wesentlich größeren Gefährdung der uns anvertrauten Kranken auf Grund unserer Erfahrung zurückweisen.

In ganz analoger Weise, wie dies in der Arbeit von Wertheim niedergelegt ist, waren seit mehr als einem Jahre auch an der hiesigen Klinik regelmäßig: 1) der primäre Tumor, 2) das dem Uterus anliegende parametrale Bindegewebe, 3) sämmtliche exstirpirte Drüsen mit dem Mikroskope systematisch durchsucht worden. Dieser mühevollen Arbeit unterzogen sich Herr Dr. Lameris aus Utrecht und Herr Dr. Kermauner, Assistent der Klinik, mit der größten Gewissenhaftigkeit. Ihre extensiven Untersuchungsergebnisse werden in einer größeren, im Drucke befindlichen Arbeit demnächst veröffentlicht, auf die zu verweisen ich mich hier beschränken muss. Aus diesen Befunden ergeben sich folgende, für unser Vorgehen wichtige Thatsachen:

1) dass in 72,7% der Fälle die krebsige Erkrankung des parametralen Bindegewebes,

2) dass in 57,5% der Fälle jene der hypogastrischen und iliacalen Lymphdrüsen,

3) dass in 9% der Fälle auch jene der unteren lumbalen Drüsen durch das Mikroskop nachgewiesen wurde. Das heißt so viel:

In fast $^3/_4$ der Fälle wäre die vaginale Totalexstirpation wahrscheinlich, in mehr als in der Hälfte sicher eine unvollständige gewesen. Dagegen schränkt der Procentsatz der erkrankt vorgefundenen Lumbaldrüsen (fast $^1/_{10}$ der Fälle) auch den Optimismus in Bezug auf das abdominale Verfahren wesentlich ein, und ich möchte auf Grund weiterer makroskopischer Beobachtungen behaupten, dass diese Einschränkung eine noch zu gering bemessene sein dürfte.

Wünschenswerth wäre es, in Bezug auf die Unterscheidung von günstigen und ungünstigen Fällen größere Exaktheit bei Stellung der Diagnose und Prognose, resp. bei Aufnahme der Tastbefunde zu erzielen. Derbe und damit fixirende Parametrien sind nicht immer krebsig infiltrirt. Die sorgfältigste klinische Untersuchung klärt uns nicht immer auf. Unsere Erfahrungen haben uns dahin belehrt, dass der klinische, durch den Tastsinn erhobene Befund sich durchaus nicht immer mit dem durch das Mikroskop aufgenommenen anatomischen Befunde zu decken braucht. Nur in 18 von unseren 33 Fällen stimmten beide überein, 15mal demnach nicht. 6mal war der ins Parametrium vorgedrungene Krebs klinisch vollkommen übersehen worden. Auch die Drüsen können zumeist nicht abgetastet werden; nur große, auf oder neben den Iliacalgefäßen, also auf den Darmbeintellern liegende Tumoren wurden vor der Operation erkannt und richtig gedeutet. Kleinere Drüsenschwellungen entgehen dem Tastsinne selbst bei Austastung der Beckenhöhle nach Eröffnung der Bauchhöhle, wie dies die meisten Beobachter bestätigen werden. Erst die Spaltung des Bauchfellüberzuges und die Ausräumung der fetthaltigen Bindegewebspartien, besonders jener, welche, paravesical gelagert, nach rückwärts bis an die Theilungsstelle der Iliacalgefäße hin sich erstrecken lassen, solche entdecken. Da die exakte Durchforschung der Drüsen auch für uns ergeben hat, dass die Größe derselben durchaus nicht maßgebend ist, ist es selbstverständlich, dass wir analog den Forderungen der Chirurgen nur eine systematische Entfernung aller Drüsen, so weit wir sie durch anatomische Untersuchungen der letzten Jahre, insbesondere durch jene Peiser's kennen gelernt haben, für geboten erachten müssen. Hierbei haben wir auch gewisse Variabilitäten, die wir bei den vielfachen Wiederholungen der Operationen kennen gelernt haben und vielleicht noch kennen lernen werden, zu beachten. Es muss daher unbedingt abgelehnt werden, kleine und nicht verhärtete Drüsen zurückzulassen. Die damit erreichte Verkürzung der Operationsdauer und eventuelle Verringerung der Gefahr lässt dies in keiner Hinsicht gerechtfertigt erscheinen.

In Bezug auf die technische Ausführung der erweiterten, abdominalen Operation will ich keine Details bringen; dieselbe muss sich in der Hand jedes einzelnen Operateurs individuell gestalten und verbessern. Das Ideal, Peiser's Vorschlag, Alles zusammenhängend auszuräumen, wird sich wohl nicht oft verwirklichen lassen. Ganz überflüssig erscheint uns der präventive Katheterismus der Harnleiter. Verletzungen dieser werden sich selbst in den schwierigsten Fällen bei der abdominalen Methode leichter als bei der vaginalen vermeiden lassen. Dieselben wurden in unseren Fällen nur 2mal (6%) thatsächlich beobachtet. Dagegen kommt, wie begreiflich, durch Ausdehnung der Operation auf ungünstige Fälle die Blasenverletzung häufig zu Stande (8mal = 24,2%); in einigen Fällen musste die Blase direkt resecirt werden. 4mal hat die Blasen-

naht die Wunde primär zum Verschlusse gebracht, in einem Falle wurde die Fistel später mit Erfolg geschlossen, in einem Falle verließ die Kranke die Klinik vor Heilung derselben. 2 Fälle mit Blasenverletzung sind jene, welche wir verloren haben. Außer dieser Gefahr, die regelmäßig durch Mitbetheiligung der Blasenwand gegeben war, ergaben sich noch Schwierigkeiten bei der Auslösung der Drüsen, wenn dieselben zu Paketen verbacken und an die Scheide der Iliacalgefäße straff fixirt waren. Das kombinirte Verfahren, welches wir Anfangs regelmäßig übten, wurde wieder verlassen. Nach der vorausgeschickten gründlichen Auskratzung und Desinfektion durch einen Assistenten, der bei der Operation gar nicht betheiligt ist, wird die Scheide einige Centimeter unterhalb der afficirten Partie umschnitten, tamponirt und nun erst nach erfolgter Reinigung der Bauchdecke die Narkose begonnen, um diese nicht unnöthig zu verlängern. Das Durchziehen der krebsigen Gebärmutter durch die Bauchhöhle nach Lösung aller Verbindungen braucht unseren Erfahrungen gemäß nicht so sehr gefürchtet zu werden.

Es ergeben sich danach größere Schwierigkeiten und Gefahren nur wieder in schweren Fällen; diesen begegnen wir aber auch, wenn wir solche Fälle noch vaginal operiren. Bei glatten Verhältnissen kann die Operationsdauer leicht auf $^3/_4$ Stunde herabgemindert werden.

So lange wir demnach der gegenwärtig noch allgemein herrschenden Anschauung, dass man bei der chirurgischen Behandlung des Krebses sich nicht auf die Entfernung der Neubildung allein beschränken dürfe, noch beipflichten, können wir uns trotz der sicher gestellten Thatsache, dass in e i n z e l n e n Fällen durch Entfernung des erkrankten Organs allein wirkliche Dauerheilung erzielt worden sei, den neuerlich gegebenen Anregungen, auch auf unserem Terrain die Operation in analoger Weise auf die benachbarten Lymphdrüsengebiete auszudehnen, nicht entziehen. Die von den Gegnern dieser Bestrebungen angeführten Momente 1) größere Gefährdung des Individuums durch die Operation selbst, 2) bessere Gelegenheit zur Entwicklung eines Implantationsrecidivs, 3) Unmöglichkeit der vollständigen Ausräumung des Beckenbindegewebes und aller regionärer Lymphdrüsen erscheinen uns nicht genügend stichhaltig, die Erweiterung der Operation in diesem Sinne abzulehnen. Punkt 1) lässt sich durch unsere persönliche Erfahrung widerlegen. Punkt 2) ist nicht nur auf Grund unserer eigenen Überzeugung, sondern bereits der Anschauungen der überwiegenden Mehrheit für solche Fälle abzulehnen. Es bleibt nur noch zu erproben, in wie weit Punkt 3) möglich ist. Freilich ist die Sache nicht so einfach als in der Achselhöhle, aber andererseits doch durchführbar.

Wenn man also nicht den gewiss auch vertretbaren Standpunkt, ein Carcinom, welches nur um ein Geringes über seinen ursprünglichen Ausgangspunkt sich weiter verbreitet hat, überhaupt nicht mehr einer chirurgischen Behandlung zu unterziehen, einnimmt, so

kann man kaum anders, als den oben angeführten Anschauungen huldigen.

Die Bestrebungen der Zukunft werden sich hauptsächlich auf folgende Punkte zu richten haben:

1) Verbesserung im Unterrichte der Ärzte und entsprechende Belehrung des Publikums müssen dazu beitragen, eine möglichst frühe Diagnose zu ermöglichen; Winter's Mahnruf an die Ärzte bleibe nicht ungehört.

2) Weitere anatomische Forschung und sorgfältige klinische Beobachtung werden zu entscheiden haben, bei welcher Form und welcher Lokalisation des Krebses man sich darauf beschränken darf, nur das erkrankte Organ (vaginale Totalexstirpation) oder den erkrankten Organtheil (hohe Amputation) zu entfernen (Carcinoma corporis, beginnendes Portiocancroid).

3) Es müssen noch größere Reihen von exakten mikroskopischen Untersuchungen der regionären Lymphdrüsen, als besonders auch der Lumbaldrüsen uns über die Häufigkeit der Drüsenmetastasen orientiren.

Erst nach einem Zeitraume von 4—5 Jahren wird durch Vergleich der Dauererfolge eine definitive Entscheidung getroffen werden können, welcher der eingeschlagenen Wege der richtige war, und wird sich auf dem Wege der Diskussion diesbezüglich wenig zur Klärung beitragen lassen.

XX.

Die Entstehung der Eklampsie.

Von

Dr. A. Czempin in Berlin.

Die Entstehung der Eklampsie beruht nach den neuesten und allgemeinsten Anschauungen auf einer Selbstvergiftung des mütterlichen Körpers durch Stoffe der regressiven Metamorphose, welche der Mutter durch den Fötus zugeführt werden. In welcher Weise diese Vergiftung zu Stande kommt, ist unklar.

Über die Art des Stoffwechsels des Fötus wissen wir recht wenig, eben so wenig wissen wir, wo dieser Stoffwechsel vor sich geht, noch in welcher Weise die Ausscheidung der Verbrauchsstoffe stattfindet.

Jedenfalls ist dieser Stoffwechsel ein intensiver, da in der kurzen Zeit von 280 Tagen der Fötus mit allen seinen komplicirten Organen aus der Eizelle aufgebaut und bis zur Lebensreife entwickelt wird.

Dieser Stoffwechsel ist während der 280 Tage zweifellos kein gleicher, weder relativ, noch absolut. Das erhellt a priori aus der wechselnden Steigerung des Wachsthums des Fötus in den einzelnen Monaten. Denn wenn auch in den ersten Monaten der Entwicklung des Eies selbst bei der geringeren Wachsthumsdifferenz eine relativ starke Zufuhr von Bildungs- und dem entsprechend auch eine ge-

steigerte Abfuhr von Verbrauchsstoffen stattfindet, so ist doch in den letzten Monaten das schnelle Wachsthum des Fötus nur durch die intensive Steigerung des Umsatzes der Stoffe denkbar.

Die Stoffe, welche der Fötus zum Aufbau seines Körpers und zur Erhaltung desselben braucht, gehen ihm von Seiten der Mutter zu. Diese Zufuhr findet durch Vermittelung der sich bildenden und bis zur Reife des Fötus stets wachsenden Placenta statt. Sie können dem Fötus in verschiedener Form zugehen. Entweder sind diese Stoffe im mütterlichen Organismus vollkommen fertig vorbereitet und werden vom Fötus nur assimilirt, oder sie gehen in chemischen Verbindung höherer oder niederer Oxydation dem Fötus zu und werden von diesem durch Oxydation oder Reduktion verändert, zersetzt und gebrauchsfertig gemacht, oder aber sie werden in der Placenta, dem Zwischenorgane zwischen Fötus und Mutter, in andauerndem selbständigen Stoffwechel chemisch umgewandelt, dem Fötus gebrauchsfertig zugeführt, so dass die Hauptthätigkeit im Stoffwechsel der Schwangerschaft der Placenta zufällt.

Es ist aus vielen Gründen anzunehmen, dass alle drei Formen von thätigem Stoffwechsel vorkommen, dass aber in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, in welcher der Umsatz an chemischen Stoffen die höchsten Werthe repräsentirt, die Thätigkeit der fötalen Organe die größte Rolle spielt.

Die Verbrauchsstoffe des Fötus bestehen aus Abbaustoffen und Verbrauchsstoffen. Unter Abbaustoffen verstehe ich die zum Aufbau des Fötus nöthigen hochpotenzirten Eiweißkörper, welche durch Oxydation und Spaltung umgesetzt und verwerthet werden, und deren überschüssige Endprodukte als Stoffe der regressiven Metamorphose ausgeschieden werden. Als Verbrauchsstoffe bezeichne ich diejenigen Stoffe, welche der Fötus zur Erhaltung seines jeweiligen Status bedarf, und deren Zerfallsprodukte. Abbau- und Verbrauchsstoffe zusammen bezeichne ich als regressive Stoffe.

In welcher Weise nun die Ausscheidung und Abfuhr der regressiven Stoffe stattfindet, ist ebenfalls noch unbekannt.

Es ist anzunehmen, dass ein kleiner Theil dieser regressiven Stoffe vom Fötus selbst durch die Nieren und den Darmkanal in das Fruchtwasser hinein abgesondert und hier bis zur Eliminirung des Fötus deponirt wird. Es liegt ferner auf der Hand, dass ein anderer Theil dieser Stoffe durch die Placenta in die Blutbahn der Mutter übergeführt und hieraus durch die Nieren wieder ausgeschieden wird. Ich nehme an, dass dies besonders in der frühesten Zeit der Schwangerschaft stattfindet. Eine dritte und außerordentlich wichtige Möglichkeit ist die, dass ein Theil der regressiven Stoffe in der Placenta zurückbleibt, hier deponirt wird und so lange verbleibt, bis die Placenta bei der Geburt exfoliirt wird.

Ich nehme an, dass dies besonders in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft der Fall ist, und dass gerade bei dem um diese Periode der Schwangerschaft regsten Stoffwechsel die giftigsten

Stoffe der regressiven Metamorphose von der Placenta in aktiver elektiver Thätigkeit, wie auch in passiver Weise zurückgehalten werden.

Indem ich somit der Placenta die wichtige Rolle eines großen drüsigen Organs vindicire mit der Fähigkeit, aus dem Stoffwechsel durch eigene Thätigkeit chemische Körper auszuscheiden, sie festzuhalten und andere ihr zugeführte Körper an ihre Zellen auf lange Zeit zu binden, stellt sich mir dieser ganze Vorgang in der Schwangerschaft folgendermaßen dar:

Im Beginne der Schwangerschaft findet zunächst ein gesteigerter Stoffwechsel im mütterlichen Organismus selbst statt, welcher der Entwicklung des Kindes zu gute kommt, an dem aber bekanntlich auch der mütterliche Organismus Antheil nimmt. Schon zu dieser Zeit findet aber auch bei einzelnen Schwangeren ein Übertritt von regressiven Stoffen des Fötus selbst in das Blut der Mutter statt, wodurch gewisse Schädlichkeiten, wie Erbrechen, Reizbarkeit des Nervensystems, Albuminurie, bedingt werden.

Erstgeschwängerte stehen in dieser Hinsicht schlechter da, als Zweit- und Mehrgeschwängerte, bei denen sich bereits im Blute die Gegengifte gegen diese regressiven Stoffe (Antitoxine) gebildet haben, oder aber bei denen die Placenta ein Desertiren solcher regressiven Stoffe aus ihr heraus nicht mehr gestattet.

Gegen die letzten Monate der Schwangerschaft hin überwiegt die Thätigkeit der fötalen Organe. Die regressiven Stoffe werden in solchen Mengen abgeführt, dass ihre Ausscheidung durch die Organe der Mutter zu schwerster Schädigung derselben führen würde. Dem stellt sich die Placenta als Mittelorgan in den Weg mit ihrer um diese Zeit besonders gesteigerten Fähigkeit, elektiv die regressiven Stoffe aufzunehmen und festzuhalten, oder selbst sie durch eine eigenartige chemische Thätigkeit (innere Sekretion) zu entgiften.

Sobald gegen Ende der Schwangerschaft eine Überlastung der Placenta mit diesen regressiven Stoffen eingetreten ist, und eine Mehraufnahme unmöglich ist, findet eine allmähliche Abgabe regressiver Stoffe statt, welche, in das Blut der Mutter übergehend, hier als physiologische Wirkung Wehen hervorrufen und die Geburt und Eliminirung des Uterusinhaltes in den Gang bringen.

Es ist demnach der Eintritt der Geburt aus dem physiologischen Übergange gewisser regressiver Stoffe am Ende der Schwangerschaft aus der Placenta in die Blutbahn der Mutter zu erklären.

Die Eklampsie stellt eine mehr oder weniger schwere Vergiftung dar, welche die Mutter durch Übergang giftiger, d. s. regressiver Stoffe in ihre Blutbahn erleidet. Wenn derartige Stoffe dauernd während der ganzen Schwangerschaft vom Fötus zur Mutter übergehen würden, so wäre das Eintreten einer Giftwirkung schwer zu erklären. Weder reichen zum Zustandekommen einer solchen die Hypothesen eines ganz besonders vermehrten Stoffwechsels, noch die Annahme einer Störung in den Sekretionsorganen der Mutter, einer chronischen oder akuten Nephritis hin. Annehmbarer erscheint die

Hypothese, dass die Placenta keine so vollkommen passive Rolle der einfachen Blutbeförderung spielt, sondern dass ihr im Stoffwechsel der Frucht die ganz wesentliche Aufgabe zufällt, die Mutter vor der Überschwemmung ihres Kreislaufes mit den giftigen Stoffen der regressiven Metamorphose der Eiweißkörper zu schützen; und dies nicht bloß passiv durch Festhalten der schädlichen Stoffe, sondern durch eine mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft sich immer mehr ausbildende und steigernde Fähigkeit, diese Stoffe auszuwählen, sie chemisch zu Gunsten der Mutter umzuwandeln — zu entgiften — und giftige festzuhalten durch chemische Bindung. Die Placenta würde also für die Zeit der Schwangerschaft die Organkraft einer Niere in ihrer aktiven sekretorischen Fähigkeit — und einer Leber in ihrer entgiftenden und aufspeichernden Thätigkeit entfalten.

Welche Störungen diese physiologische Thätigkeit stören, ob, wie die Einen meinen, eine Infektionskrankheit, wie die Anderen meinen, eine gesteigerte nervöse Erregbarkeit der Mutter, ob eigene Erkrankungen des Organs, ist zur Zeit noch unklar.

Jedenfalls soll die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges der Eklampsie mit einer derartigen hypothetischen Rolle der Placenta die Forscher veranlassen, ihre Aufmerksamkeit und Arbeitskraft dem chemischen Studium der Placenta in den verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung zu widmen.

Ich selbst habe vor 9 Jahren hierzu einen Anlauf genommen. In $1^1/_2$jähriger Arbeit habe ich wenigstens Einiges gefunden, was der von mir damals aufgestellten und in Obigem niedergelegten Anschauung nicht gerade widerspricht. Indessen gestatteten weder meine chemischen Kenntnisse, noch meine Arbeitszeit ein weiteres Verweilen bei diesem Gegenstande. Ich hoffe, dass sie vielleicht Andere zur weiteren Nachforschung anregen werden.

Neue Bücher.

1) **Ahlfeld.** Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie.

München, **Seitz & Schauer**, 1901.

A. stützt seine Ausführungen auf ein Material von 31 Fällen der Marburger Klinik aus den Jahren 1882—1900 (darunter 3 importirte und 28 autochthone). Eine Übertragung der Eklampsie von einem Falle auf den anderen war niemals nachweisbar, wesshalb A. sich gegen die Annahme Stroganoff's von der Eklampsie als einer Infektionskrankheit wendet. Für das Zustandekommen der Eklampsie ist vielmehr in erster Linie die Beeinträchtigung der Nierenthätigkeit verantwortlich zu machen, deren Folge eine Aufspeicherung von Toxinen im Blutkreislaufe ist. Wo diese Toxine gebildet werden, ist noch nicht aufgeklärt, am verständlichsten wäre die Annahme eines

Placentagiftes, wenn sich auch Beweise dafür noch nicht erbringen lassen. Mit dieser wichtigsten Ursache müssen noch mehrere andere ursächliche Momente zufällig zusammentreffen, um die Eklampsie zum Ausbruch kommen zu lassen. Ob es auch eine Eklampsie ohne Betheiligung der Nieren giebt, müssen erst weitere Untersuchungen feststellen.

Auf Grund seiner Erfahrungen ist A. zu der Gewissheit gekommen, dass sich durch genaue Beobachtung der Schwangeren meistens Prodrome erkennen lassen, und er hält es desshalb für dringend nothwendig, die Hebammen in dieser Hinsicht besonders zu unterrichten. In jedem Falle von Verdacht auf Eklampsie sind Jaquet'sche Einwicklungen zu machen, deren Anwendung so einfach und dabei so wohlthätig ist, dass auch den Hebammen gestattet sein sollte, sie in dringenden Fällen noch vor der Ankunft des Arztes anzuwenden.

Gerade in der Prophylaxe der Eklampsie bewähren sich diese Einwicklungen vorzüglich. Unterstützt werden kann ihre Wirkung bei erhaltenem Bewusstsein durch reichliches Trinken von kohlensauren Wässern und Milch, bei Bewusstlosigkeit durch Anwendung von subkutanen Kochsalzinfusionen; ferner bei Herzschwäche durch subkutane Gaben von Kampher und Koffeïn.

Aber auch nach Ausbruch der Eklampsie sind sie noch sehr wohl in Verbindung mit anderen geburtshilflichen Verfahren mit Vortheil anzuwenden, besonders dann, wenn die Geburtswege noch nicht genügend eröffnet sind und die Anfälle sich nicht in bedrohlicher Weise häufen.

Ist der Muttermund weit genug, so soll die Geburt sofort beendet werden. Eventuell kann die Erweiterung des Muttermundes durch Anwendung des intra-uterinen Ballons und bei genügend verdünntem Muttermundssaum durch Einschnitte mit der Schere oder dem Messer angestrebt werden.

Von größter Wichtigkeit ist die Vermeidung aller äußeren Reize. Häufen sich die Anfälle, ohne dass die Geburt beendet werden kann, so ist die vorsichtige Anwendung von Narkoticis zu empfehlen (1 bis 2 g Chloralhydrat per clysma oder Morphium 0,01 subkutan mehrmals). Bei Lungenödem und starker Cyanose kann ein Aderlass von lebensrettender Wirkung sein.

Den Kaiserschnitt möchte A. nur auf die Fälle beschränkt wissen, wo bei lebendem Kinde der Zustand der Mutter durchaus hoffnungslos ist und die Geburt auf anderem Wege nicht schnell genug zu ermöglichen ist. Den vaginalen Kaiserschnitt hält A. besonders in der Hand des praktischen Arztes für ein viel gefährlicheres Verfahren, als den klassischen.

Tritt die Eklampsie erst im Wochenbette auf, so wird sie mit Jaquet'schen Einwicklungen und kleinen Dosen Morphium behandelt. Bei hohem Fieber sind kühle Vollbäder oder kühle Packungen von sichtbarem Erfolge.

Reifferscheid (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 22. März 1901.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Strassmann.

I. Demonstrationen.

Herr P. Strassmann stellt eine 30jährige Pat. vor mit einer seltenen Missbildung der äußeren Genitalien; Atresia ani vestibulo-perinealis, Persistens der Aftermembran. Das Rectum mündet an der Fossa navicularis, dem Übergange zum Damme entsprechend. Das Hymen befindet sich hinter der Öffnung. Sie ist im 6. Monat Igravida. Bemerkenswerth ist besonders, dass der After an der normalen Stelle hinten noch für sich vollkommen gebildet ist. Der After (Darm) ist bekanntlich eine gesonderte ektodermale Bildung (Rest des Urmundes), der Enddarm entsteht aus dem Entoderm. Dazwischen findet sich die Aftermembran (Kölliker). Die Vereinigung beider findet durch allmähliches Öffnen des Verschlusses zu verschiedenen Zeiten bei den verschiedenen Thierarten statt, z. B. bei Wiederkäuern erst am 24. Tage (Hertwig). Im vorliegenden Falle scheint es, als ob die beiden Kanäle an einander vorübergegangen seien. Der After besitzt einen wohlgeformten Sphinkter, der Kanal ist ca. 2 cm für die Fingerkuppe zugängig. Der Enddarm, der nach dem Scheidenmunde sich öffnet, ist vollkommen sufficient. Seine Muskulatur genügt für die Continentia alvi. Blähungen und dünner Stuhlgang werden zurückgehalten, Pat. ist immer sauber. Nach Ball[1] können derartige Frauen ohne Störungen gebären. Die Missbildung hat hier weder Kohabitation noch Konception gestört.

Die Operation der Missbildung würde in der Bildung eines Septum zwischen Rectum und Scheide bestehen. Der abgelöste Darm wird nach Durchstoßung der Aftermembran in den Sphincter ani eingepflanzt. Dazu liegt hier besonders in der Gravidität kein Grund vor. Bei der Geburt wird man den Darm und Mastdarm zu schützen, event. durch seitliche Incisionen vor tiefen Zerreißungen zu bewahren haben. Wenn trotzdem bei der Geburt der Mastdarm reißt, so würde man mit der Naht gleich die Plastik und die Vereinigung mit dem Anus ausführen.

Herr Lehmann erwähnt 2 Fälle von Atresia ani vaginalis, welche er bei Neugeborenen zu sehen Gelegenheit hätte. In beiden Fällen musste wegen ungenügender Entleerung von Koth und Darmgasen die Operation nach wenigen Tagen vorgenommen werden: Schnitt entsprechend der Raphe des Dammes, das Endstück des Darmes wird herauspräparirt, an der Scheide abgetragen, letztere vernäht und der Darm nach hinten an die durch ein seichtes Grübchen bezeichnete Stelle des Anus verpflanzt; zum Schlusse Naht des Dammes. Der zweite Fall, welcher am 7. Lebenstage von L. selbst operirt wurde, genas; bei der ersten kleinen Pat., welche von einem anderen Operateur behandelt wurde, schnitten die den Darm an der Stelle des Anus fixirenden Nähte durch, und an der hier auftretenden Bindegewebsentzündung und Eiterung ging das Kind zu Grunde; die Reinhaltung der Wunde und häufiger Verbandwechsel ist das Ausschlaggebende.

II. Diskussion zu dem Vortrage des Herrn Seydel: »Der heutige Stand der Keimblattfrage«.

Herr Robert Meyer: Die Ausbildung eines Dottersackes bei den höheren Säugethieren ist nicht lediglich als eine Reminiscenz an die Verwandtschaft mit den Sauropsiden, also nicht nur als eine Rekapitulation der Phylogenie aufzufassen, sondern der Dotter hat auch bei den Embryonen der höheren Säugethiere eine wenn auch geringe Funktion als Nährstoff.

Seydel (Schlusswort): Im Vortrage wurde nur die Größe der Eizellen und ihre Abhängigkeit von der Dottermenge berücksichtigt. Dieselbe ist bei Säuge-

[1] Ball, The rectum and anus. Their diseases and treatment. London 1887.

thieren ohne Einfluss auf die Größe des Dottersackes. — Die Entwicklung des Säugethiereies zu einer Keimblase, in deren Wand die Embryonalanlage scheiben- oder schildförmig eingelassen ist, und ferner die Ausbildung eines Dottersackes sind als eine Rekapitulation der Entwicklungsvorgänge aufzufassen, wie sie sich bei den großen, dotterreichen Eiern der Vorfahren der Säugethiere abspielen. Das schließt nicht aus, dass der eiweißhaltige Inhalt der Keimblase bezw. des Dottersackes zeitweilig für die Ernährung des Säugethierembryos von Bedeutung ist.

Herr Robert Meyer hält den angekündigten Vortrag: Über Drüsen der Vagina und Vulva bei Föten und Neugeborenen. (Demonstration vermittels Epidiaskop).

M. hat 60 Fälle untersucht. Die Drüsen der Vaginalschleimhaut werden 1) in $^1/_3$ der Fälle solitär gefunden und auf Unterbleiben der Plattenepithelausbildung in den Kolben zurückgeführt, welche in der ersten Hälfte des Fötallebens gebildet werden. 2) Massenweise Drüsen entstehen in den letzten Monaten des Fötallebens aus dem Basalstratum des fertigen Plattenepithels (3 Fälle); 3) Epithelheteroplasie aus der Cervix oben und aus dem Vestibulum unten kommt seltener vor und dokumentirt sich als eingeschobene drüsige Insel oder durch Schleimdrüsenbildung.

Drüsen in der Vaginalwand ohne Zusammenhang mit der Schleimhaut gehören der Prostata an vorn oder dem Vestibulum unten, ferner meistens dem Wolff'schen Gange = W.G., ausnahmsweise dem Wolff'schen Körper = W.K. Der W.G. wird genauer beschrieben; Epithelmehrschichtigkeit des W.G. ist im unteren Theile physiologisch, dagegen große Vielschichtigkeit bereits im oberen Theile der Vagina und in der Cervix in einem Falle pathologisch. Die Mündung des W.G. erfolgt stets im Hymen, in welchem er fast von ganz hinten bis zum freien Rande nach vorn verläuft. Das Plattenepithel des W.G. vor der Mündung gehört dem äußeren Blatte des Hymens an (nicht der Vagina, wie Klein meint); das Plattenepithel kann auf jeder Seite (lateral, medial etc.) allein, aber auch auf allen Seiten vorhanden sein, es kann aber auch gänzlich fehlen. Die Abspaltung der Vagina aus dem W.G. kann also hieraus nicht bewiesen werden.

Drüsen des W.K. im oberen Theile der Vagina glaubt M. in einem Falle annehmen zu müssen; sie liegen in gleicher Höhe vorn innerhalb der cirkulären Vaginalmuskulatur und hinten außerhalb derselben bis zum pararectalen Bindegewebe hin und ähneln den Schläuchen des W.K.

Drüsen der Vulva: Das vestibulare Epithel ist entodermaler Abstammung und ist bei Föten bis zu 5 Monaten ca. sehr verschieden von dem Ektoderm; es erinnert an das Übergangsepithel des Nierenbeckens oder Ureters und geht oft auf die Basis der Nymphen, vorn auf die zum Frenulum clitoridis führenden Schenkel, hinten auf das Frenulum pudendi, ja sogar auf die Kommissur der großen Labien über. Das vestibulare Epithel wird erst in den späteren Monaten des Fötallebens vom Ektoderm zurückgedrängt und kann Inseln hinterlassen; es ist ausgezeichnet durch mehrreihige cubische und Übergangszellen, die oberste Lage ist oft cylindrisch, die Oberfläche tief eingekerbt. — Dieses Epithel kleidet besonders die drüsigen Buchten und Schläuche im Sulcus vestibuli aus.

Die Drüsen des Vestibulum, selten ringsum die ganze Vaginalmündung, zerfallen in gewisse Provinzen, welche ihre Entstehung der bereits in den ersten Monaten des Fötallebens erfolgenden Längsfaltung des Vestibulum verdanken. — Das Dach des Vestibulum hat nur in der präurethralen Partie physiologisch Schleimdrüsen, hinter der Urethra fehlen sie. (Hymen siehe unten.)

Der Sulcus vestibuli hat im para-urethralen Bezirke zuweilen Schleimdrüsen, öfter nur drüsige Buchten; dann folgt nach hinten ein meist drüsenfreier Raum, hinter dem Bartholin'schen Gange folgt ein rudimentärer Doppelgänger desselben; physiologisch ist nur ein solcher »Bartholin'scher Nebengang«, zuweilen hinter ihm ein oder mehrere kleinere. Oft, aber nicht immer sind bei Neugeborenen große drüsige Buchten mit dem oben geschilderten Epithel hinter dem Bartholin'schen Nebengange im Sulcus nympho-hymenalis zu finden, bei Föten von 6 Monaten sind sie meist noch bedeutender.

Die **Fossa navicularis** endlich hat außer solchen drüsigen Buchten, die sich ebenfalls beim Neugeborenen schon oft verwischen, zuweilen 1) lange Drüsenschläuche, welche meist nach oben ziehen und retrovaginal, theils in der Muskulatur der Vagina, theils im recto-vaginalen Septum enden; 2) Schleimcysten, 3) Inseln von Übergangsepithel und von ihnen abgehend lange kolbige Ausläufer nach hinten (Unregelmäßigkeit bei der Dammbildung). 2) und 3) kommen auch weiter hinten in der Commissura labiorum majorum vor.

Im **Hymen** kommen vor 1) Vaginaldrüsen am inneren, vaginalen Blatte, 2) Reste des W.G., 3) Schläuche aus der Fossa navicularis, 4) wirkliche Drüsen des äußeren vestibularen Blattes in einzelnen Fällen, 5) Taschenbildungen desselben und 6) ebenfalls vom Epithel des äußeren Blattes herrührend, Cysten mit Plattenepithel (1 Fall).

In den **Nymphen** wurden gefunden 1) basal drüsige Buchten, vom Sulcus vestib. herrührend; 2) kolbiger Schlauch von Übergangsepithel in einem Falle (nicht basal), jedenfalls eine Heterotopie des vestibularen Epithels; 3) kleine Anfänge von Drüsenbildung an allen Stellen der Nymphen, beginnende Talgdrüsenbildung(?); 4) Plattenepithelcysten; 5) Talgdrüsencysten basal am Sulcus interlabialis; 6) Schleimdrüsen nur vorn an den inneren Schenkeln, welche zum Frenulum clitoridis führen.

Alle Schleimdrüsen der Vulva und eben so die kolbigen langen Ausläufer sowohl an den Nymphen als hinten bis zum Perioneum lassen sich auf das entodermale Epithel des Vestibulum zurückführen. Die ento-ektodermale Epithelgrenze wird schon im späteren Fötalleben verwischt, die drüsigen Buchten verschwinden dann; die Schleimdrüsen der präurethralen Partie, eben so des Bartholin'schen Nebenganges, die Schleimcysten und die Kolben mit Übergangsepithel können auch unter dem Ektoderm fortbestehen.

In der **Clitoris** kommt oft ein Drüsenpaar vor; die Drüsen gehen mit langem Schlauche, jederseits eine, unten seitlich vom Sulcus coronarius glandis ab und enden an oder eben so oft in dem Corpus cavernosum des Clitorisschaftes zu beiden Seiten des Septum. Die Drüse ist am Ende mit weitem Lumen und Buchten versehen, das Epithel ein-, auch zweischichtig, cylindrisch. Die Herkunft und Bedeutung dieser Drüse ist bisher dunkel.

---

3) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Januar 1901.

Präsident: Prof. **Kouwer**; Schriftführerin: Frl. Dr. **van Tussenbroek**.

Driessen: Ein Fall von Sarcoma vulvae. Bei einer 44jährigen, gesunden Multipara wurde ein kirschengroßer, an der Oberfläche ulcerirter, gestielter Tumor des rechten Labium minus exstirpirt. D. stellte vorher die Diagnose auf Sarkom und bespricht ausführlich die Differentialdiagnose; die typische Ulceration und das leichte Bluten der Oberfläche sprachen für Malignität, der Stiel sprach gegen Carcinom; die zwischen Lipom und Myom die Mitte haltende Konsistenz des Tumors veranlasste ihn, Sarkom zu diagnosticiren. Die Leistendrüsen waren nicht infiltrirt. Die mikroskopische Diagnose bestätigte das klinische Bild; eigenthümlich war dabei, dass sich in dem Tumor selbst gar kein Pigment fand, während in der Umgebung in der Nähe der Blutgefäße reichliche Ablagerungen angetroffen wurden. — Pat. ist geheilt.

In der Litteratur fand D. nur 6 Fälle, je 2 von **Winckel**, **Bruhn** und **Mayer**, die beiden letzteren inoperabel.

Im Anschlusse an diesen Fall zeigt D. ein Präparat von **Carcinoma vulvae**, zur Vergleichung der Lokalisation. Die infiltrirten Lymphdrüsen konnten wegen großer Schwäche der Pat. am 5. December nicht mit entfernt worden; am 29. December kam Pat. bereits mit Recidiv zurück.

Kouwer hat nur einen Fall von Sarcoma vulvae bei einer 70jährigen Frau gesehen, mit Infiltration der Lymphbahnen einer Seite. Er hat in der Weise operirt,

dass er mit einem Einschnitte in der Leiste anfing, und von oben herab die Drüsen bis zum Tumor herauspräparirte und schließlich mit diesem zusammen entfernte.

P. van der Hoeven: Veränderungen an Abortiveiern (wird später in extenso publicirt).

In der Diskussion berichtet Driessen ein Missverständnis bezüglich der Wucherungsprocesse der Langhans'schen Zelle, Frl. C. van Tussenbroek freut sich, eine Annährung van der H. zur Siegenbeek'schen Auffassung konstatiren zu können. Nach ihren Beobachtungen verschwindet jedoch das Trophoblast nicht so bald, als van der H. annimmt.

Jessurun berichtet von einer gespaltenen Placenta, deren jede eine Wurzel des später gemeinsam verlaufenden Nabelstranges versorgte. Durch Verlust des Präparates war eine nachträgliche Untersuchung der Blutvertheilung vereitelt.

van Tussenbroek: Vorzeitige Placentarlösung im 6. Schwangerschaftsmonate bei Nephritis. VIpara, die 3 ersten Geburten normal, 4. im 8. Monate mit lebendem Kinde, 5. mit Eklampsie, gefolgt durch Amaurose. Von der sehr ausführlichen Geburtsgeschichte ist besonders hervorzuheben, dass 14 Tage lang vor Ausstoßung der Frucht größere und kleinere Mengen Wasser abliefen. Bei mikroskopischer Untersuchung fanden sich nur einzelne Blutkörperchen, chemisch Ammoniakverbindungen, aber kein Ureum. Demnach müsste es sich theoretisch nach van der Hoeven's Untersuchungen über Hydrorrhoea gravidarum um denselben Zustand handeln, da van der Hoeven die Anwesenheit von Ureum als Kriterium für Fruchtwasser ansieht. Klinisch war jedoch völlig das Bild eines vorzeitigen Abfließens von Fruchtwasser vorhanden. Bei der späteren Geburt war absolut kein Fruchtwasser mehr vorhanden, hinter der platten, atrophischen Placenta und den aufgerollten Eihäuten folgten alte Blutcoagula. Wochenbett ohne Störung.

van der Hoeven glaubt ebenfalls, dass es sich in diesem Falle nicht um Hydrorrhoea gravidarum gehandelt hat.

Kouwer bemerkt, dass van der Hoeven durch dieses Geständnis die Ureumtheorie preisgegeben habe.

Barnouw berichtet von 2 Geburten, einer Steißlage und einer Schädellage, nach einander bei derselben Pat. beobachtet. In beiden Fällen trat die Portio während der Geburt mit dem darinliegenden Kindestheile vor die Vulva; trotzdem bestand weder vorher noch nachher Prolaps.

Kouwer: War die Portio ödematös?

Barnouw: Nein.

Vermeij meldet im Anschlusse an den Fall van Tussenbroek eine Beobachtung, die er gelegentlich der Operation einer Extra-uterin-Schwangerschaft machte. Im Anschlusse daran entleerte sich während einiger Tage aus dem Uterus ziemlich viel helle Flüssigkeit.

Kouwer ist geneigt, dieselbe für eine Art seröser Lochien zu halten.

---

4) Gesellschaft für Geburtshilfe in London.

(Lancet 1901. Februar 16.)

Hastings Gilford legte ein Präparat vor, das er für eine frühzeitige, geplatzte Ovarialschwangerschaft anspricht.

Eden widerspricht nach dem mikroskopischen Bilde dieser Meinung. Vielleicht wird man mikroskopisch Zotten finden können. Jedenfalls ist das vorgelegte Präparat gänzlich von dem verschieden, das Croft kürzlich in der Gesellschaft demonstrirte. Als charakteristisch für Ovarialschwangerschaft muss angesehen werden, dass Eierstocksgewebe in der Wandung des Fruchtsackes sich findet, was in dem vorgelegten Objekte nicht der Fall zu sein scheint.

Cullingworth kann dem Aussehen der Tuben nicht viel Gewicht beilegen, da nachgewiesen ist, dass dieselben sehr bald normale Größe und Form annehmen, selbst nach einer Ruptur, geschweige denn nach Abort.

Gilford stimmt zu, dass sein Präparat einer Kommission übergeben wird.

Tate legte ein cystisch degenerirtes Fibromyom vor. Bemerkenswerth ist, dass die Pat. vor 11 Jahren kastrirt war und trotzdem das Wachsthum des Tumors anhielt.

Cullinworth hält es für wichtig, dass alle ähnlichen Fälle berichtet werden.

Hubert Roberts fragt, ob die Hohlräume Endothelauskleidung trugen. Er hält derartige Cysten für Produkte einer retrograden Degeneration, und nicht abstammend von Lymphgefäßen. **Rissmann** (Osnabrück).

5) Harveian Society of London.

(Lancet 1901. Februar 23.)

Unter dem Vorsitze von B. Lees hält Inglis Parsons in der Sitzung der Gesellschaft einen Vortrag über hartnäckige Metrorrhagien. Gemeint sind nur solche Fälle, in denen die gewöhnlichen Ursachen wie Myome, Tubenerkrankungen, Carcinom etc. nicht vorliegen und selbst eine Narkosenuntersuchung nichts Pathologisches ergiebt. Therapeutisch wird gewöhnlich eine Ausschabung gemacht, jedoch nur mit vorübergehendem Erfolge. Vortr. hat stets mit dem konstanten Strome die Blutung gestillt und verwirft desshalb die Hysterektomie. Mikroskopisch hat P. meist eine interstitielle Endometritis nachgewiesen.

Die Anwendung des konstanten Stromes wurde folgendermaßen gemacht. Eine Platinelektrode kam in den Uterus und wurde mit dem positiven Pole verbunden. Der Strom betrug anfänglich 50 Milliampère, später bis 100. In einer Woche wurden 2 Sitzungen von 10—15 Minuten Dauer abgehalten. Auf absolute Reinheit der Sonde ist größtes Gewicht zu legen. Die Behandlung ist auch nach Aufhören der Blutungen noch einen Monat fortzusetzen.

Lees vermuthet, dass zuweilen kleine Substanzverluste (wie bei Magengeschwüren), auch konstitutionelle Ursachen (wie vermehrter Druck in den Gefäßen) die Blutungen veranlassten. **Rissmann** (Osnabrück).

6) Gesellschaft für Geburtshilfe in Edinburg.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 19. — Lancet 1901. März 2.)

Milne Murray präsidirt in der Sitzung am 9. Januar. Ohne Einspruch würde beschlossen, dass von jetzt ab auch weibliche Personen die Mitgliedschaft der Gesellschaft erlangen können.

Haultain bespricht die intraperitoneale Ruptur von Ovariencysten. Vortr. hat 3mal bei seinen Operationen die geplatzte Cyste gefunden und deren Inhalt in der Bauchhöhle, und 3mal sprach die Anamnese bestimmt für eine stattgehabte Ruptur. Eine Betrachtung dieser Fälle zeigt eine sehr bemerkenswerthe Verschiedenheit der Symptome. In der Mehrzahl der Fälle sind nennenswerthe Störungen mit der Ruptur nicht verbunden gewesen; nur einmal traten schwere und gefährliche Erscheinungen auf. Nepveu sammelte 155 Fälle, worunter 65 verhängnisvoll endigten, sei es durch septischen Inhalt oder durch Blutung. Cysten mit gelatinösem Inhalte geben meist trotz Ruptur zu Operationen Veranlassung, da die Resorption schlecht vor sich geht. Namentlich einkammerige Cysten des Lig. latum obliteriren nach der Ruptur. Nicht selten wird durch den Cysteninhalt eine subakute Peritonitis angeregt, die zu ausgedehnten Verwachsungen führen kann. Eine sofortige Operation ist stets empfehlenswerth.

Milne Murray führt am 13. Februar den Vorsitz.

Haultain legte ein großes, ödematöses Fibromyom vor und ferner doppelseitige Dermoidcysten der Ovarien, vergesellschaftet mit einem überzähligen Ostium einer Tube.

Brewis demonstrirte ein Uterusmyom, das mit Tuberkelknötchen besetzt war.

Dewar zeigte 2 Hodge-Pessare, die innerhalb 3 Monate rund geworden waren. Wahrscheinlich handelte es sich um minderwerthige Pessare.

H. Ferguson hat die Flexura sigmoidea vor dem Uterus im letzten Monate der Gravidität gefunden und zeigt die Photographien dieser seltenen Lage. Ferner demonstrirte er eine Cystenniere, die im Becken gelegen hatte, mit einen Ovarientumor verwechselt war und per coeliotomiam entfernt war.

Prof. Simpson zeigte die carcinomatös erkrankten Ovarien einer 26jährigen Frau.

K. Paterson zeigte ein Ovum aus dem 3. Monate mit Hydramnion. Das Amnion mit seinem Inhalte war allein ausgestoßen, die Decidua folgte nach einigen Tagen. Der Fötus war scheinbar von geringerer Größe als ein solcher von 3 Wochen, so dass P. annimmt, dass das Amnion auch noch nach dem Tode der Frucht secernirt habe. Die Mutter soll mehr als gewöhnlich an Erbrechen gelitten haben.

H. Croon hält einen Vortrag über Psychosen nach Beckenoperationen. Geistesstörungen wiederholen sich bei weiblichen Individuen in seltenen Fällen zur Zeit der Periode. Vortr. kannte ein Mädchen, das 10 Jahre lang innerhalb der Zeit der 5 Tage andauernden Periode psychisch erkrankt war. Nach der Verheirathung war die Pat. während ihrer Schwangerschaft geistig nicht normal, wurde kurz nach der Geburt gesund und blieb seitdem dauernd gesund, auch während der Regel. Auch nach gynäkologischen Operationen, sowohl kleineren wie größeren kommen Geistesstörungen vor. Kelly zählt auf 2000 Laparotomien 8, C. auf 1000 Operationen 5 Fälle von Geistesstörungen. Die Erkrankten sind nicht selten hereditär belastet, als weitere ätiologische Momente sind aber ferner Sepsis, stärkere Blutverluste, Nierenerkankungen und Ähnliches heranzuziehen. — Bei geistesgestörten Frauen soll sich der Gynäkologe nur dann zur Operation entschließen, wenn es sich um Erkrankungen handelt, die als solche das Leben gefährden.

B. Hart spricht über tiefe Ausmündung des Ureters. Aus der Litteratur erwähnt Vortr. 6 Fälle. Es besteht noch Meinungsverschiedenheit darüber, ob der ganze Kanal zum Ureter gehört oder nur der obere Theil, während der untere Theil dem Wolff'schen Gange zugehört. H. kommt zu dem Schlusse, dass der untere Theil des Kanales sich vom Wolff'schen Gange herleitet, welch letzterer die Möglichkeit hatte, mit dem Ureter in Kommunikation zu treten.

Rissmann (Osnabrück).

Neueste Litteratur.

7) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIV. Hft. 3.

1) L. Kleinwächter. Noch einige Worte über die Komplikation von Uterusmyom und Diabetes.

K. hat vor Kurzem eine Arbeit über die Komplikation von Uterusmyom und Diabetes veröffentlicht. Er verfügte damals über 6 Fälle und ist jetzt in der Lage, 2 weitere Beobachtungen mitzutheilen.

In dem einen Falle wurde das Myom durch Leibschnitt entfernt, der bedeutende Zuckergehalt des Harnes verschwand bald nach der Operation. In dem 2. von K. selbst beobachteten Falle fand sich ein halbhühnereigroßer, fibröser Uteruspolyp, nach dessen Excision der Zuckergehalt des Urins unverändert bestehen blieb.

Sämmtliche bisherigen Theorien über Wechselwirkung zwischen Myomen und Diabetes sind unbefriedigend.

2) J. Veit. Über Deportation von Chorionzotten.

Den Untersuchungen lag ein operativ erhaltenes Präparat von recht früher, durchaus unveränderter Tubenschwangerschaft zu Grunde.

Auf Schnitten durch das ganze Ei war eine in der Nähe des intervillösen Raumes gelegene, mit ihm aber nicht kommunicirende Vene sichtbar, deren Lumen den Querschnitt einer Zotte beherbergte; es wurde ferner der direkte Übergang von mütterlichen Venen in den intervillösen Raum beobachtet, während sich Zotten

wenige Centimeter weit in die Venen hineinstreckten. In größerer Entfernung vom intervillösen Raume wurden wiederholt im Lumen von Venen, dasselbe mehr oder minder ausfüllend, Theile von Zotten, besonders häufig Zellen der Langhans-schen Zellschicht und 1mal syncytiale Zellen gefunden.

Diese Verschleppung von Zotten und Zottentheilen in mütterliche Venen bezeichnet Verf. mit dem Namen »Deportation«.

Einer zum Theil eingehenden Besprechung der Folgen der Zottendeportation in der Physiologie und Pathologie der Gravidität ist der Rest der Arbeit gewidmet.

3) F. d'Erchia. Über die Einbettung des Eies und die Entwicklung und den Bau der Allantois- und Dottersackplacenta bei der weißen Maus.

Das befruchtete Ei bettet sich bei der weißen Maus zwischen 2 Schleimhautfalten ein, die von der antimesometralen nach der mesometralen Wand zu wachsen und zwischen sich die Eikammer bilden. Ein aktives Eindringen des befruchteten Eichens in das submuköse Bindegewebe kann bei der weißen Maus ausgeschlossen werden.

Im 2. und umfangreicheren Theile der Arbeit werden eingehend besprochen: die Entwicklung des befruchteten Eies von dem Morulastadium bis zur Differenzirung der 3 Keimblätter, der sog. Träger von Selenka in seiner Beziehung zu der mütterlichen Placenta, das subplacentare Gewebe, die Allantois- und die Dottersackplacenta. Die einzelnen Stadien in der Entwicklung des Mauseies werden durch höchst instruktive Mikrophotogramme erläutert.

Aus der Fülle der in der Arbeit enthaltenen wichtigen Beobachtungen möchte ich hervorheben, dass das syncytiale Gewebe in der Mausplacenta von Deciduazellen abzustammen scheint.

4) G. Vogel. Bakteriologische und klinische Befunde bei fiebernden und normalen Wöchnerinnen.

Es wurde das Uterussekret von fiebernden und nicht fiebernden Wöchnerinnen auf seinen Keimgehalt bakteriologisch und mikroskopisch untersucht.

Die Zahl der untersuchten fiebernden Wöchnerinnen betrug 25: in 32% war der Uterusinhalt keimfrei und in 68% keimhaltig. Die vorhandenen Keime vertheilten sich auf Streptokokken, Staphylokokken, Gonokokken und auf Mischformen dieser unter sich oder mit anderen, nicht genau untersuchten, Mikroorganismen.

Fast immer wurden bei positivem bakteriologischen Befunde klinisch irgend welche Abnormitäten an den Sexualorganen festgestellt.

Die Zahl der untersuchten nicht fiebernden Wöchnerinnen belief sich auf 30: 15 hatten den 4., die übrigen den 8. bis 9. Tag des Wochenbettes erreicht. Im Frühwochenbette war der Uterusinhalt in 88%, im Spätwochenbette dagegen nur in 33,3% steril. Trotz dieses so häufigen Befundes von Keimen im Uterus des Spätwochenbettes war in keinem der Fälle Fieber oder eine nachweisbare Veränderung an den Genitalien vorhanden. **Scheunemann** (Breslau).

Geburtshilfliches.

8) **P. M. Drejer.** Ein Fall von Selbstentwicklung.
(Norsk Mag. for Lägevid. 1900. p. 699.)

18jähriges Mädchen, Becken etwas rachitisch (27,5, 28,0, 30,0, 19,0, Conj. diag. 11 cm) gebar nach 18stündiger Geburtsarbeit (die letzten 8 Stunden starke Wehen) spontan in linker Schultergeburt ein 50 cm langes, 3000 g schweres Kind mit 34 cm Kopfumfang. — Blasensprung eine Stunde vor der Geburt, Vorfall der Nabelschnur, welche kurz nachher vom gerufenen Arzte pulslos gefunden wurde. Der Arm war dann bis an die Schulter geboren. Es wurde daher Wendung nicht gemacht. Bald nachher war die ganze linke Seite geboren. Als sie in die Höhe gehoben wurde, schnitten Steiß und Beine ein; durch Zug am Unterkiefer wurde zuletzt der Kopf entbunden. Keine Perinealruptur. — Bemerkenswerth ist, dass

die Frau zum 1. Male gebar, und dass die Geburt so schnell ging. — Die große Beckenhöhle des rachitischen Beckens ist der Drehung des Rumpfes der Frucht günstig gewesen.

Nach Schönberg (»Om tvaerleiets behandling«) wurden in Norwegen 1867 bis 1873 32 Schultergeburten beobachtet (d. i. auf 11 500 Geburten 1.)

K. Brandt (Christiania).

9) P. M. Drejer. Von der Anwendung der Zange.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1901. p. 1077.)

In $6^1/_4$ Jahren hat Verf. in seiner Privatpraxis 425 Frauen mit der Zange entbunden. In 3 Fällen von Zwillingen wurden beide mit der Zange extrahirt. Im Ganzen 428 Zangenentbindungen. Die Statistik umfasst nur die Zangenoperationen bei vorliegendem Kopfe.

Es waren unter den Müttern 246 Primiparae (= 57,88%), 179 Pluriparae (= 42,12%). Der Kopf stand 46mal beweglich über dem Beckeneingange, 150mal in demselben. In 232 Fällen war der Kopf ins kleine Becken eingetreten.

Es kam Fieber (d. i. über 38,0°) in 3,29% vor. Es starben unter den Müttern 0,94% (1 Eklampsie, 1 Ileus am 2. Tage, 1 Puerperalfieber — Temperatur vor der Entbindung 40,3 —, 1 Lungenembolie am 11. Tage nach einigen Tagen Fieber). — Unter den Kindern waren 3,53% todtgeboren, gestorben binnen 14 Tagen waren im Ganzen 6,53%.

Verf. empfiehlt die hohe Zange und hat nach dieser keinen Schaden gesehen, eben so wenig wie nach Zangenoperationen bei noch nicht ganz erweitertem Muttermunde.

»Bei der Frau der Gegenwart ist eine vollständig normale Geburt viel seltener, als man a priori glauben möchte.«

Verf. legt auf die durch Schmerzen bedingten augenblicklichen und dauernden psychischen Läsionen großes Gewicht und räth daher einen mehr kostenlosen Gebrauch der operativen Geburtshilfe an. Seine Resultate hat er tabellarisch zusammengestellt. **K. Brandt** (Christiania).

10) N. A. Quisling. Kurse für Hebammen in Anti- und Aseptik.

(Tidsskr. f. d. norske Laegefor. 1900. p. 791.)

Verf., seit 6 Jahren Herausgeber und Redakteur der monatlich erscheinenden Hebammenzeitschrift »Tidsskrift for jordemödre«, redet der Einführung gezwungener Repetitionskurse für Hebammen das Wort. Folgende Tabelle ist nach der officiellen Statistik zusammengestellt.

Häufigkeit des Puerperalfiebers und Mortalität des Wochenbettes.

	Von den Ärzten gemeldete Fälle von Kindbettfieber				Nach d. Angaben d. Pfarrer starben im Wochenbette unter 1000 Wöchnerinnen
	Gesammtzahl	Kranke per 1000 Gebärende	Zahl der Todesfälle	Mortalität der Angegriffenen	
1890	505	8,3	159	31,4	5,6
1891	459	7,3	128	27,9	4,6
1892	453	7,3	136	30,0	4,5
1893	434	7,0	152	35,0	4,4
1894	439	7,0	133	30,3	4,2
1895[1]	395	6,2	94	23,8	3,6
1896	379	5,9	123	32,5	3,5
1897	381	5,9	117	30,7	3,4
1898	261		51	19,54	

K. Brandt (Christiania).

[1] Seit 1. Januar 1895 erscheint »Tidsskrift for jordemödre«.

11) **Hellier.** Die Häufigkeit der Aborte.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 19.)

Es ist eine Frage, die gewisses Interesse hat, zu bestimmen, wie viel Frauen Aborte durchmachen, ohne je ein ausgetragenes Kind zu bekommen. Der Gynäkologe wird nicht selten von Frauen, die mehrere Fehlgeburten hatten, gefragt, ob sie Aussicht auf ein lebensfähiges Kind hätten. H. hat von 1800 verheiratheten Frauen dieserhalb eine genaue Anamnese aufgenommen und berechnet, dass auf $5^1/_2$ Geburten eine Fehlgeburt kommt. 58 Frauen hatten zwar Aborte, jedoch kein lebensfähiges Kind gehabt, und 184 unter den 1800 Ehefrauen waren niemals gravid gewesen. Hieraus kann man folgern, dass 96,5% derjenigen Frauen, die überhaupt in andere Umstände kommen, auch über kurz oder lang ausgetragene Kinder haben werden. **Rissmann** (Osnabrück).

12) **W. W. Uspensky.** Zur Kasuistik der Unregelmäßigkeiten des weiblichen Beckens. 4 Kaiserschnitte.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. No. 11. [Russisch.])

Zur Bestimmung der Beschaffenheit des Beckens hat Verf. im ersten der beschriebenen Fälle Röntgenstrahlen angewendet. Der Form nach war das Becken einem osteomalakischen ähnlich; außerdem war auch die Gangart für Osteomalakie charakteristisch. Viele Merkmale aber sprachen gegen diese Diagnose. Erstens begann die Krankheit im jugendlichen Alter der Pat. und stand still trotz der Schwangerschaft. Es fehlten Erweichung der Knochen und erhöhte Sehnenreflexe. Das Becken, wenn auch dem osteomalakischen sehr ähnlich, war nicht schnabelförmig nach der Symphyse zugespitzt. Man konnte auch nicht Ostitis deformans Paget diagnosticiren, weil diese Krankheit sich sehr spät entwickelt und von Schmerzen in den Beinen begleitet wird. Auf dem Wege der Ausschließung und auf Grund der positiven Untersuchungsresultate wurde pseudomalakisches Becken rachitischen Ursprunges diagnosticirt. Bei den 3 übrigen Schwangeren wurde plattrachitisches Becken diagnosticirt.

In allen Fällen wurde der Kaiserschnitt mittels des queren Fundalschnittes nach Fritsch vorgenommen. Alle Pat. wurden geheilt, alle Kinder lebend entwickelt.

Verf. meint, dass bei dem jetzigen Stande der Chirurgie der Kaiserschnitt keine gefährliche Operation ist und die Perforation ersetzen muss.

M. Gerschun (Kiew).

13) **N. Macleod** (Shanghai). Kaiserschnitt bei Retroflexio uteri gravidi fixat.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 19.)

M. wurde von einer 34jährigen Frau, die 9 Monate schwanger war, wegen periodischer Schmerzen im Mastdarme und wegen Diarrhöe konsultirt. Die innere Untersuchung ergab, dass der Kopf tief im Becken stand, es konnte aber weder Portio noch Muttermund gefühlt werden. In Narkose wurde der kindliche Kopf leicht nach oben geschoben; hierauf wurde der äußere Muttermund 3 Zoll oberhalb der Symphyse gefühlt, und der Cervicalkanal erwies sich für einen Finger durchgängig. Alle Manipulationen, den Uterus aus dieser abnormen Lage zu befreien, blieben erfolglos. Da M. befürchtete, dass bei einer Geburt die hintere Uteruswand, vielleicht gar der Mastdarm zerreißen würde, führte er den Kaiserschnitt aus. Die vordere Bauchfellduplikatur lag mindestens 3 Zoll über dem Beckeneingange. Den Uterus aus seiner fixirten Lage zu befreien gelang nicht, da die Verwachsungen mit dem Fundus uteri und der hinteren Wand zu fest waren. Die Tuben und Ovarien konnten nicht gefunden werden. Die vordere, ausgedehnte Uteruswand enthielt ein faustgroßes Myom, welches entfernt wurde, und mit demselben so viel wie möglich vom Uterus. Barnes konnte in einem ähnlichen Falle die Cervix in die Mitte des Beckens bringen und den obliterirten Cervicalkanal dilatiren; Oldham konnte die Wendung machen. Auch in den von Veit gesammelten 4 weiteren Fällen war die Entbindung per vias naturales

möglich. In dem hier berichteten Falle war zur Unterscheidung von den bislang publicirten Krankengeschichten der Cervicalkanal durchgängig, und selbst nach Eröffnung der Bauchhöhle war es nicht möglich, den Uterus in eine normale Lage zu bringen. **Rissmann** (Osnabrück).

14) G. Cole-Baker (Dublin). Porro-Operation wegen Ruptura uteri, bei großem Myom und $5^1/_2$monatlicher Schwangerschaft.

(Dublin journ. of med. sciences 1900. December.)

Pat. ist 38 Jahre alt und seit 2 Jahren verheirathet. Hat im Februar 1898 im 3. Monate abortirt. Jetzt wieder gravid, in der Hälfte des 6. Monates. Am 2. August Brechen, am 4. Brechen und »Krämpfe«, die andauern, bis am 6. August Verf. die Pat. zuerst sah und die Diagnose Retroflexio uteri gravidi incarcerata mit Wehen stellte. Aufrichtung gelang nach einigen Schwierigkeiten in Narkose. Der aufgerichtete Uterus macht den Eindruck eines Uterus bicornis. Die Wehen sistiren. Am 7. und 8. August Puls 100, Temperatur normal, eben so am 9., aber nun heftige Schmerzen und Empfindlichkeit im Abdomen; besonders über der Partie, welche man als rechtes Uterushorn angesprochen hatte. Am 10. August hält man dasselbe für ein Myom. Als die Schmerzen sich weiter steigern, peritonitisch werden, die Temperatur gegen 40 steigt, denkt man an eine Vereiterung des Myoms, vielleicht durch die Manipulationen bei der Aufrichtung veranlasst. Am 11. August Abends wird fast ohne Wehen und intakten Eihäuten eine $5^1/_2$-monatlicher Fötus geboren, 6 Tage nach der Aufrichtung. Am Abend steigt die Temperatur noch weiter und hält sich die beiden nächsten Tage über 40°, Puls 120—130. Allgemeinbefinden miserabel, also Periculum in mora. Am Abend des 14. August wird der Porro gemacht, Uterus sammt Adnexen entfernt. Sofort Abfall der Temperatur, glatter Verlauf.

Die Diagnose Myom bestätigte sich; aber das Auffällige und Überraschende dabei war, dass das Myom zwischen den Tubenabgängen eine Ruptur der bedeckenden Uteruswand verursacht hatte und im Uterusgewebe saß »wie ein Ei im Eierbecher«. Blutung in die Bauchhöhle war nicht erfolgt; nur war das durch den Riss sichtbare Segment des Tumors sehr kongestionirt. Von Eiterung keine Spur; Peritoneum frei. Wann erfolgte die Ruptur? Was war die Ursache der Fiebersteigerungen? **Zeiss** (Erfurt).

15) Sinclair (Manchester). Zehn Sectiones caesareae.

(Lancet 1901. Januar 19.)

S. beschreibt ausführlich eine Serie von 10 Sect. caes., die er ohne Todesfall ausführte. Die allgemeinen Bemerkungen, die Verf. anknüpft, sind bemerkenswerth und dürften theilweise Widerspruch erfahren. Der Zeitpunkt für die genannte Operation ist für S. gleichgültig, er befürchtet keine Blutung. Die Eröffnung des Muttermundes braucht nicht abgewartet zu werden, ja S. hält es sogar für nachtheilig, wenn Operateure, die vor Beginn der Wehen operirten, ein Drainrohr durch den Cervicalkanal führten. Das Uteruscavum wurde stets erst dann eröffnet, wenn der Uterus vorgewälzt war und ein Schlauch um den Gebärmutterhals gelegt war. Der Fritsch'sche Fundalschnitt wird verworfen, weil angeblich Placenta und Eihäute hierbei schlechter zu entfernen sind, weil ferner die Nahtlinie mit Eingeweiden und Netz leicht verwachsen kann, ja, was noch schlimmer ist, mit den Bauchdecken, bevor die Involution statthatte. Die Symphyseotomie glaubt S. im Aussterben begriffen; bislang musste schon 4mal trotz Symphyseotomie perforirt werden. Auch die künstliche Frühgeburt hat wenig Berechtigung, jedenfalls muss dieselbe gegenüber dem Kaiserschnitte eingeschränkt werden. Nach Pinard sterben 70,4% der Frühgeburten. **Rissmann** (Osnabrück).

16) Planchu und Reure (Saint-Alban-les-Bains). Vagitus uterinus.

(Lyon méd. 1901. Januar 6.)

Einer VIIgravida ging etwa 6 Wochen vor erwartetem Ende der Schwangerschaft am 4. November 1900 das Wasser ab, in sehr reichlichem Maße, bei Steiß-

lage. R. ordnete Bettruhe an und Duschen von abgekochtem Wasser. Am anderen Tage wiedergerufen findet er Frau und Umgebung in großer Aufregung und vernimmt deutliches Schreien des Kindes im Uterus, was zuerst so laut war, dass R. die Bettdecke hochnimmt, in der Meinung, das Kind müsse geboren sein. Die Schreie wiederholten sich wohl eine Stunde lang in seiner Anwesenheit und hatten vorher schon etwa $1\frac{1}{2}$ Stunde angehalten, wie 4 Personen von voller Glaubwürdigkeit bestätigen. Ein 2. Arzt, nach dem R. geschickt hatte, kam leider erst, nachdem das Phänomen wieder vorüber war. Die von R. angeordneten Einspritzungen waren mit einer Birnspritze gemacht worden und auf diese Weise jedenfalls Luft in den Uterus gelangt. 9 Tage lang konstatirte R. noch täglich normale Herztöne und Kindsbewegungen, dann Geburt eines asphyktischen Kindes, das gleich p. part. stirbt. (Lösung der aufgeschlagenen Arme und Mauriceau-scher Handgriff.) Normales Wochenbett. Sektion des Kindes verweigert.

Zeiss (Erfurt).

17) J. H. Nicoll (Glasgow). Zwei Fälle von Schädeldepression bei Kindern, mit Operation.

(Glasgow med. journ. 1901. Februar.)

Die 1. Depression, löffelförmig, auf dem Stirnbeine (enges Becken, Kopf mit Stirn am Promontorium eingekeilt: Achsenzugzange) wird nach 10wöchigem Abwarten operirt; es gelingt nicht, das leicht gehobene Knochenstück im Niveau zu halten, daher Trepanation. Die Knochenregeneration geht sehr langsam vor sich, indessen sind jetzt, nach 5 Monaten, deutlich die der Mitte zuschießenden Knochenspitzen zu fühlen.

Die zweite betraf ein Kind von 4 Monaten und war durch einen Fall vor 3 Wochen entstanden, auf dem Scheitelbeine. Auch hier musste aus dem gleichen Grunde trepanirt werden. Die Reproduktion ist hier (4 Tage später operirt als der 1. Fall) bereits lange völlig und fast beendet. **Zeiss** (Erfurt).

18) Strauch. Ein Fall einer totalen vaginalen Uterusexstirpation sofort nach der Geburt wegen Portiocarcinom.

(Journ. akusch. i shensk. Bolesnej. 1900. No. 11. [Russisch.])

Auf Grund seines gut abgelaufenen Falles sieht Verf. folgende Schlüsse: Be Carcinom des schwangeren Uterus ist Abort oder Frühgeburt nicht gestattet. Während der Schwangerschaft bei operablem Carcinom ist sofortige totale Exstirpation bis zum 8. Monate der Schwangerschaft indicirt. Bis zum 4. Monate der Schwangerschaft kann man leicht exstirpiren ohne vorherige Entfernung der Frucht; nach dem 4. Monate muss man zuerst den Uterus entleeren und dann exstirpiren. Wenn die Frucht lebensfähig ist, so muss man den vaginalen oder abdominalen Kaiserschnitt ausführen und dann sofort den Uterus exstirpiren. Bei enger Vagina ist der abdominale Weg im Interesse des kindlichen Lebens vorzuziehen. Bei inoperablem Carcinom muss man nur das kindliche Leben im Auge haben; die Mutter ist so wie so verloren. Man muss wo möglich das Ende der Schwangerschaft abwarten und auf dem für das Kind ungefährlichsten Wege die Frau entbinden. Bei inoperablem Carcinom und Unmöglichkeit, das Kind per vaginam zu entwickeln, muss man sofort den abdominalen Kaiserschnitt mit extraperitonealer Stielbehandlung ausführen. Seit der Zeit, wo man das Kind durch den vaginalen Kaiserschnitt zu entwickeln kennen gelernt hat, wird der abdominale und der abdomino-vaginale Weg vergessen, da wir wissen, dass die totale Uterusexstirpation per vaginam sofort nach der Geburt ungefährlich ist. Die Zukunft gehört also der vaginalen Methode. **M. Gerschun** (Kiew).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjährigen Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonnabend, den 1. Juni. 1901.

Inhalt.

I.

(Aus der Hospitalklinik für Geburtshilfe und Gynäkologie des Herrn Prof. A. J. Lebedew zu St. Petersburg.)

Zur Kasuistik der Verletzungen der Scheide sub coitu.

Von

Dr. G. Bohnstedt.

Mehr oder weniger bedeutende Verletzungen der Scheide sub coitu sind im Laufe der letzten Jahre recht zahlreich beschrieben worden. Und doch begegnet man ihnen verhältnismäßig nicht häufig, und daher bietet ein jeder neue Fall manches Interessante sowohl an sich, wie auch als Material zur Klärung der Ätiologie und Bedeutung dieser Verletzungen um so mehr, als sie unter gewissen Verhältnissen recht schwere Folgen, ja sogar nicht selten den Tod nach sich ziehen.

Der von uns beobachtete Fall verhält sich folgendermaßen:

Ende Januar des laufenden Jahres wurde ich früh Morgens zu einer Neuvermählten wegen starker Blutung nach dem ersten Coitus gerufen. Am Krankenbett angelangt fand ich die Pat., eine junge etwas blass aussehende Person, in im Allgemeinen befriedigendem Zustande vor; der Puls ziemlich langsam und voll. Nach ihren und ihrer Mutter Aussagen dauerte die Blutung bereits ca. $1\frac{1}{2}$ Stunde, sie hatte gleich nach dem ersten Beischlafe mit dem jungen Gatten begonnen und war sehr stark gewesen, so dass einige Unterlagen gewechselt werden mussten; erst vor Kurzem hat sie etwas nachgelassen. Bei der Inspektion der Genitalien konstatirte ich, dass die Blutung aus der Tiefe der Scheide kommt; diese letztere war mit Blutgerinnseln angefüllt, und nach deren Entfernung fand ich im hinteren Scheidengewölbe eine Unebenheit, die ich als Quelle der Blutung ansprach. Da eine instrumentelle Untersuchung bei den engen und ärmlichen Wohnungsverhältnissen der Pat. nicht anging, so tamponirte ich die Scheide mit einer in Lysol getränkten Marlybinde und bat die Kranke in die gynäkologische Klinik meines verehrten Chefs, des Herrn Prof. Lebedew, überzuführen.

Hier erhoben wir folgenden Befund: A. N., 23 Jahre alt, von hohem Wuchse, kräftigem, schönem Körperbau, wohl genährt mit genügend entwickeltem Fettpolster. Im 18. Lebensjahre haben die Regeln begonnen, und seitdem wiederholen sie sich regelmäßig allmonatlich und dauern 4—6 Tage, ohne jegliche Beschwerden. Im Kindesalter hat Pat. Masern und Blattern in leichter Form durchgemacht, sonst ist sie immer gesund gewesen. — Gestern verheirathete sie sich, hat früher niemals geschlechtlichen Umgang gehabt. — Nach der Tamponade zu Hause ist keine äußere Blutung mehr gewesen, und auch nach Entfernung des wenig mit Blut durchtränkten Tampons beginnt nur ein sehr mäßiger Blutabgang. Status praesens: Die äußeren Geschlechtstheile sind normal formirt und entwickelt. Das Hymen weist an der hinteren Peripherie einen frischen Einriss bis zu seiner Basis auf; die Scheide ist lang und verhältnismäßig geräumig, ihre Wände sind in allen Theilen normal, bis auf das hintere und rechte Scheidengewölbe, wo sich eine Unebenheit mit abstehenden Rändern palpiren lässt. Die Gebärmutter ist mäßig groß, leicht beweglich in Retroversion 1. Grades, im Übrigen normal; der äußere Muttermund präsentirt sich als kleiner querer Spalt mit glatten Rändern. Die Adnexe bieten nichts Abnormes. — Bei Besichtigung des hinteren Scheidengewölbes mit dem Spiegel erblicken wir daselbst einen Riss, der sich quer über dieses Gewölbe in einer Entfernung von ca. $1\frac{1}{2}$ cm von dem Ansatze desselben an die Portio vaginalis hinzieht, dann sich nach vorn ins rechte Scheidengewölbe fortsetzt, um hier zu endigen. Der Riss geht durch die Schleimhaut bis ins paravaginale Zellgewebe, dringt aber nicht weiter in die Tiefe; seine Länge beträgt ungefähr 5 bis 6 cm, seine Breite ca. 2 cm.

Da die Blutung sehr mäßig war und eine Infektion der Wunde nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, wurden keine Nähte angelegt, sondern der Riss und die ganze Scheide mit Jodoform-Marly tamponirt. — Die Vagina der Kranken war so geräumig, dass wir bei unseren Manipulationen mit den Spiegeln und Instrumenten durchaus nicht beengt waren und die Pat. nur über mäßige Schmerzen im Introitus vaginae klagte.

Am ersten Abend stieg die Temperatur bis 38,0; am nächsten Morgen betrug sie 37,4, am Abend 37,2 und blieb weiterhin bis zur Entlassung ganz normal mit Schwankungen zwischen 36,5 und 37,3. — Am Abend des 2. Tages nach der Verletzung wurde der Tampon entfernt, und da die Blutung ganz aufgehört hatte, wurde von weiterem Tamponiren abgesehen und die Vagina nur 2mal täglich mit 2%iger Karbolsäurelösung ausgespült. Am 6. Tage war die wunde Fläche mit frischen Granulationen bedeckt, die kaum etwas eitrige Absonderung lieferten, und die Pat. wurde auf eigenen Wunsch und auf Bitten des Mannes hin nach Hause entlassen.

Zuletzt sahen wir die Kranke ca. 3 Wochen nach ihrer Entlassung aus der Klinik: sie fühlte sich die ganze Zeit sehr gut, hatte gar keine Schmerzen und

nur Anfangs kaum merklichen Fluor. Im hinteren und rechten Scheidengewölbe fühlt man eine ganz schmerzlose glatte Narbe. — In dieser Zeit hatte die Kranke wie gewöhnlich ohne jegliche Beschwerden menstruirt. Der geschlechtliche Verkehr mit dem Gatten ist einstweilen noch nicht erneuert worden.

Vom Manne, den wir über die Entstehung der Verletzung befragten, erfuhren wir Folgendes: Er selbst hat vor der Hochzeit nur einmal, vor ungefähr 2 Jahren mit einer verheiratheten Frau geschlechtlich verkehrt; sowohl er wie seine Frau waren nach der Hochzeit vollkommen nüchtern, und der Beischlaf wurde in gewöhnlicher Lage ausgeführt. Der erste Versuch der Kohabitation misslang, da die Frau über starke Schmerzen im Introitus vaginae klagte, wesshalb die Immissio penis unterblieb. Nach einiger Zeit wurde der Versuch erneuert, wobei dieses Mal seitens des Mannes mehr Kraft angewandt wurde. Dabei fühlte die Pat. einen starken Schmerz in der Tiefe, und sogleich begann die Blutung. — Zu bemerken ist, dass die Dimensionen des Penis durchaus mäßig sind.

Wenn wir uns jetzt zur Litteratur, die Scheidenverletzungen sub coitu betreffend, wenden, so sehen wir, dass unser Fall ein ziemlich seltener ist und nicht viele seines Gleichen hat.

Neugebauer(1) stellt 157 Fälle von Verletzungen der Scheide in ihren verschiedensten Theilen zusammen, die beim geschlechtlichen Verkehr entstanden sind. Darunter finden sich 59 Fälle (37,6%), wo die Verletzung das hintere Scheidengewölbe, sei es allein oder in Kombination mit anderen Theilen der Vagina getroffen hat. Nur in einem einzigen Falle (0,64%) war das vordere Scheidengewölbe verletzt worden.

Zu diesen Fällen können wir aus der uns zugänglichen neuesten Litteratur noch einen Fall von Hopenhändler(2) hinzufügen, wo bei einer Frau von 23 Jahren, die 5 Jahre verheirathet war und bereits 3mal geboren hatte, nach einem Coitus mit dem nicht ganz nüchternen Manne sich eine starke Blutung einstellte und ein Riss der vorderen Scheidenwand, des vorderen, rechten und hinteren Scheidengewölbes konstatirt wurde; und den Fall von Kuschew(3), in dem sich bei einem 18jährigen Mädchen nach dem ersten Coitus ein Riss der hinteren Peripherie des Hymen und der hinteren Vaginalwand bis zum Fornix posterior inclusive fand. — Einzig scheint der Fall von Modlinsky(4) dazustehen. Dieser Autor sah bei einer Frau, die sich vor 3 Monaten der vaginalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe unterzogen hatte, nach einem Coitus einen Riss der Narbe im Scheidengewölbe bis ins Bauchfell hinein entstehen. Diesen Fall wollen wir seiner Eigenart wegen weiter nicht berücksichtigen.

Von den 59 Fällen von Rupturen des hinteren Scheidengewölbes, die wir bei Neugebauer verzeichnet fanden, konnten wir nur über 30 genauere Daten sammeln, theils bei Neugebauer selbst, theils in den betreffenden Originalarbeiten. Und wenn wir die Fälle von Hopenhändler, Kuschew und den unsrigen hinzunehmen, so verfügen wir über ein Material von 33 Fällen dieser Verletzungen bei Kranken im Alter von 8—50 Jahren.

Bei 10 von diesen Fällen (30,3%) entstand die Verletzung beim ersten Coitus bei Mädchen im Alter von 8, 11, 15, 18, 20 und 23 Jahren (in 4 Fällen konnte das Alter nicht ermittelt werden), und gewöhnlich ist hier der Riss des hinteren Scheidengewölbes kombinirt mit mehr oder weniger schweren Verletzungen der unteren Theile der Scheide, des Dammes, des Introitus und der Scheidenwände; er ist gleichsam der Endpunkt der wirkenden Gewalt. Und gewöhnlich sind dieses Fälle von Nothzucht, gewöhnlich finden wir hier auffallende Disproportionen der männlichen und weiblichen Genitalien. An dieser Stelle möchte ich an die 3 Fälle (No. 45—47 bei Neugebauer) erinnern, die Eklund(5) referirt; er erzählt von einem Coiffeur in Paris, der in kurzer Zeit 3mal Wittwer wurde, da seine Frauen alle nach dem ersten Coitus perforirende Rupturen des hinteren Scheidengewölbes davontrugen und an der darauf folgenden septischen Peritonitis zu Grunde gingen. Leider ist nicht genauer mitgetheilt, ob es isolirte Rupturen des Fornix waren, d. h. Rupturen des Gewölbes ohne Verletzung der unteren Partien der Scheide. Wenn wir daher diese 3 Fälle nicht berücksichtigen, so finden wir unter den 10 Fällen von Fornixrupturen beim ersten Beischlafe nur 2 Fälle (No. 75 bei Neugebauer und der unsrige) mit isolirtem Risse des hinteren Scheidengewölbes. Die Verletzung des Hymen in unserem Falle können wir übergehen, da sie doch nicht als etwas Abnormes angesehen werden kann.

23 von den 33 Kranken (69,7%) im Alter von 18—50 Jahren hatten vor dem verhängnisvollen Coitus früher schon geschlechtlichen Umgang gehabt theils mit denselben, theils mit anderen Männern, und 18 aus ihrer Zahl (54,5%) hatten schon von 1—11mal geboren. Bei diesen Kranken begegnen wir meistentheils isolirten Verletzungen des hinteren oder der seitlichen Scheidengewölbe, und nur selten werden Verletzungen der unteren Theile der Scheide erwähnt. Scheinbar tritt auch hier die Kombination der Verletzungen bei Nothzucht, besonders an bejahrten Frauen auf; jedoch können wir dieses leider nicht mit Sicherheit nachweisen, da die betreffenden Fälle häufig sehr ungenau beschrieben sind.

So sehen wir aus den angeführten statistischen Daten, dass isolirte Rupturen der Scheidengewölbe und speciell des hinteren Scheidengewölbes nicht besonders häufig sind, aber entschieden vorwiegend bei Frauen beobachtet werden, die im geschlechtlichen Verkehr erfahren sind. Beiläufig konstatiren wir das auffallende Faktum, dass von allen 160 Fällen unserer Kasuistik nur 2mal das vordere Scheidengewölbe als Lokalisation der Verletzung genannt wird; von den seitlichen Gewölben wird das rechte bedeutend häufiger lädirt als das linke, und diese Erscheinung steht im Einklange mit dem von allen Autoren bemerkten Faktum, dass bei Verletzungen der weiblichen Genitalien sub coitu dieselben gewöhnlich die rechte Seite treffen; wesshalb und wie so? — das sind Fragen, die noch ihrer Erklärung harren. —

Wenn isolirte Rupturen der Gewölbe schon überhaupt nicht häufig vorkommen, so entstehen sie ganz besonders selten beim ersten Beischlafe. Wie schon oben erwähnt wurde, ist unser Fall der zweite in dieser Art, wenn nur die Kasuistik bei Neugebauer vollständig gesammelt ist und wir bei der Durchsicht der Litteratur der letzten Jahre nicht hierher gehörige Fälle zufällig übersehen haben.

Wenden wir uns jetzt zur Frage über die Ätiologie dieser Verletzungen. — Alle Autoren messen die größte Bedeutung der Disproportion zwischen den männlichen und weiblichen Genitalien bei, sei es eine mangelhafte Entwicklung der weiblichen oder eine ungewöhnliche Größe der männlichen Organe; sodann werden pathologische Veränderungen der Scheidenwände, Abnormitäten der Lage des Uterus, besonders seine Retroversionen und Retroflexionen berücksichtigt, ferner eine ungewöhnliche geschlechtliche Erregung des Mannes und abnorme Lagen bei Ausübung des Beischlafes. Wie es scheint war es zuerst Warman (6), der seine Aufmerksamkeit auf die geschlechtliche Erregung der Frau beim Coitus richtete, und wir schließen uns vollkommen seiner Meinung an, dass gerade für die Verletzungen der oberen Theile der Vagina dieser Umstand von großer Bedeutung ist. Auch die von uns angeführte Statistik bestätigt diesen Gedanken. In fast 70% aller Fälle von isolirten Rupturen des hinteren Scheidengewölbes entstanden sie bei Frauen, die schon früher geschlechtlichen Umgang gehabt und zum größten Theile sogar schon geboren hatten; da haben wir doch absolut keinen Grund, eine Disproportion in den Maßen der Geschlechtsorgane anzunehmen. Diese Disproportion kommt ja unzweifelhaft vor, doch dann können wir mit größerer Wahrscheinlichkeit Verletzungen der unteren Abschnitte der Scheide, die sich eventuell bis zu den Scheidengewölben erstrecken können, erwarten, wie solches am deutlichsten bei noch nicht entwickelten genothzüchteten Mädchen beobachtet wird. — Jedoch selten werden wir Rupturen der Gewölbe ohne bedeutende Traumen der unteren Theile der Vagina begegnen. — Ohne Frage können große geschlechtliche Erregung des Mannes, besonders unter dem Einflusse von Alkohol, und ungewöhnliche Lagen beim Beischlafe Verletzungen nach sich ziehen, doch schwerlich bei vollkommen passivem, ruhigem und gleichmüthigem Verhalten der Frau; sonst müssten wir diese Verletzungen beinahe täglich bei Prostituirten beobachten.

Andererseits finden sich beinahe in allen Fällen von isolirten Fornixrupturen Umstände verzeichnet, die eine besondere geschlechtliche Erregung und ein besonderes aktives Verhalten der Frau beim Beischlafe vermuthen lassen; lange Zeit der Enthaltung, Betrunkenheit der Frau stehen hier auf dem ersten Plane. Außerdem finden wir Fälle, in denen beim dritten oder vierten Coitus in derselben Nacht mit einem Male die Ruptur entstand; ferner ist folgender Fall beschrieben (No. 13 bei Neugebauer): Ein 20jähriges Stubenmädchen hatte zum ersten Male sich eines Tages einem Soldaten hingegeben

und am nächsten Tage wurde der Beischlaf mit demselben Subjekt wiederholt, und dabei entstand die Fornixruptur. In einem anderen Falle (No. 43 bei Neugebauer) wurde der Coitus zwischen Braut und Bräutigam in einem öffentlichen Parke ausgeführt.

Fast in allen diesen Fällen kann man mit Bestimmtheit eine Vergewaltigung der Frau ausschließen, und man muss annehmen, dass der Beischlaf von Seiten der Frau gestattet und sogar gern gestattet war und daher eine besondere Erregtheit wohl angenommen werden kann.

Was den von uns beobachteten Fall betrifft, so ist eine Disproportion der Größenverhältnisse zwischen den männlichen und weiblichen Genitalien, so wie ein pathologischer Zustand der Scheidenwände absolut ausgeschlossen; eine ungewöhnliche Lage beim Beischlafe, Betrunkenheit des Mannes werden verneint, und wir haben keinen Grund, diesen Angaben nicht zu trauen, da wir Mann und Frau einzeln ausfragten und genau dieselben Antworten erhielten. — Dagegen möchten wir eine größere sexuelle Erregung unserer Pat. nicht ausschließen und zweifeln sehr daran, dass sie nichts anderes als Schmerzen beim Coitus gefühlt hat, denn zu unserem größten Erstaunen scheint sie die Erneuerung des geschlechtlichen Verkehrs mit ihrem Manne absolut nicht zu fürchten und war scheinbar sehr unzufrieden damit, dass wir ihr letzthin diesen Verkehr noch für eine Zeit lang untersagten.

Auf welche Weise die geschlechtliche Erregung der Frau die Entstehung der Fornixrupturen begünstigt, ist sehr schwer zu erklären; ob hierbei die Spannung der Bauchpresse, die eine Erhöhung des intra-abdominellen Druckes und ein Tiefertreten der Scheidengewölbe nach sich zieht, oder ein anderes Moment eine Rolle spielt, vermögen wir nicht zu entscheiden. — Doch es möchte uns scheinen, dass diese Erregung ein wesentlicher Faktor ist. Sobald aber dieser Faktor allgemeine Anerkennung erlangt, so bekommt er, wie solches schon Warman (6) betont, eine große Bedeutung in der gerichtlichmedicinischen Praxis. Denn dann wird man in Fällen von isolirten Rissen der Scheidengewölbe Nothzucht direkt ausschließen und annehmen können, dass der Beischlaf mit freiwilliger Erlaubnis der Frau ausgeführt worden ist.

Bei dieser Gelegenheit ist es interessant, sich den von Michnow (7) beschriebenen Fall ins Gedächtnis zurückzurufen: Ein 18jähriges Mädchen, bei dem ein isolirter Riss des hinteren Scheidengewölbes gefunden wurde, klagte vor Gericht, dass sie von einem bestimmten Manne genothzüchtigt und deflorirt worden wäre. Die Expertise verneinte dieses, und bei dem weiteren Gange der Untersuchung erwies es sich, dass das Mädchen schon früher mit jenem Manne geschlechtlichen Umgang gehabt habe, und am besagten Abend betrunken in Gesellschaft einiger Arbeiter gesehen worden sei.

Zum Schlusse wollen wir nochmals daran erinnern, dass ohne Zweifel alle ätiologischen Momente in verschiedenen Fällen ihre

Bedeutung haben. Vielleicht hat auch in unserem Falle die leichte Retroversion der Gebärmutter die Entstehung der Fornixruptur begünstigt. Durch unsere kurzen statistischen Zusammenstellungen und durch die Beschreibung unseres Falles wollten wir nur nochmals auf die Wichtigkeit der Stimmung der Frau beim Coitus in der Ätiologie der genannten Verletzungen hinweisen und nochmals ihre Bedeutung bei der Lösung gerichtlich-medicinischer Fragen betonen.

Litteratur.

1) F. Neugebauer, Venus cruenta violans interdum occidens. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1899. Bd. IX. p. 221.

2) L. W. Hopenhändler, Zur Frage über die Verletzungen der Scheide sub coitu. Journ. akusch. i jensk. bol. 1898. p. 1445. (Russisch.)

3) N. E. Kuschew, Ein Fall von Verletzung der Vagina beim Beischlafe. Ejenedelnik 1899. No. 3. p. 41. (Russisch.)

4) P. J. Modlinsky, Zur Kasuistik der perforativen Peritonitis etc. Wratsch 1900. No. 35. p. 1042. (Russisch.)

5) Eklund, Lyon méd. 1891. Vol. LXVIII. p. 61.

6) N. Warman, Zur Ätiologie und forensischen Bedeutung der Scheidenrupturen sub coitu. Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 24. p. 736.

7) S. D. Michnow, Zur Frage über die Verletzungen der Scheide sub coitu. Wratsch 1896. No. 25. (Russisch.)

II.

(Aus der Frauenklinik von Dr. Abel in Berlin.)

Die Anfertigung mikroskopischer Gefrierschnitte mittels Äthylchlorid.

Von

Dr. **Bruno Wolff II**, Assistenzarzt der Klinik.

Die Anfertigung von mikroskopischen Gefrierschnitten ist für den Praktiker, dem es darauf ankommt, Probeexcisionen und Probeauskratzungen schnell auf ihren histologischen Bau zu untersuchen, und der von dem Befunde oft Diagnose und Therapie abhängig macht, von größter Wichtigkeit. Aber auch sonst ist beim mikroskopischen Arbeiten häufig das Bedürfnis vorhanden, von einem Präparate Schnitte zum Färben anzufertigen, ohne eine längere Zeit dauernde Einbettungsmethode anzuwenden.

Bisher wurde für die Anfertigung mikroskopischer Gefrierschnitte fast ausschließlich die Äthermikrotom-Methode angewandt. Jeder, der häufiger Gelegenheit hat, mit dem Äthermikrotom zu arbeiten, wird viele Unannehmlichkeiten dabei bemerkt haben. Der Gummiballon und die Gummischläuche werden leicht undicht, die kleinen Metallröhren verstopfen sich und lassen Luft oder Äther nicht mehr hindurch. Diese Zufälle sind um so unangenehmer, da sie sich bei einer Methode ereignen, auf deren Exaktheit und Schnelligkeit sehr viel ankommt. Zudem ist die Verdunstung von Äther in einem

Laboratorium, in dem sich offene Flammen so wie leicht brennbare und explosive Stoffe befinden, immer mit gewissen Gefahren verbunden. Neuerdings ist nun auch noch der Äther durch unsere moderne Gesetzgebung wesentlich im Preise gestiegen.

Es besteht somit wohl sicher das Bedürfnis, mikroskopische Gefrierschnitte auf eine andere Art und Weise anzufertigen.

Im vergangenen Jahre habe ich, zusammen mit Dr. J. Meier, im pathologischen Institute zu Berlin zu therapeutischen Zwecken Versuche mit flüssiger Luft gemacht, über welche ich an anderer Stelle berichten werde. Die flüssige Luft erzeugt beim Übergange in den gasförmigen Zustand eine Temperatur von ca. 180° unter Null.

Im Verlaufe meiner Untersuchungen mit diesem interessanten Körper kam ich auf die Idee, die von ihm ausgehende Kälte zur Anfertigung von Gefrierschnitten zu benutzen. Die diesbezüglichen Versuche, die mir ein günstiges Resultat zu geben schienen, habe ich aber bald wieder fallen lassen; denn die flüssige Luft ist bisher sehr theuer, schwer zu erhalten und schlecht aufzubewahren, besitzt also alle Eigenschaften, um ihre Einführung wenigstens vorläufig für diesen Zweck zu erschweren.

Im Anschlusse an diese Versuche habe ich nun in letzter Zeit Äthylchlorid zur Anfertigung von Gefrierschnitten benutzt.

Am liebsten wende ich das vielverbreitete Jung'sche Hobelmikrotom an. Der ganze Gebläse-, Schlauch- und Röhrenapparat, so wie der sonst dabei übliche Einsatz fallen fort. Statt dessen habe ich einen anderen Einsatz[1] konstruirt, der im Wesentlichen aus einem Metallcylinder mit dünner, feingerippter Oberfläche besteht. Im Mantel des Cylinders dicht unter der Oberfläche befindet sich eine ovale Öffnung. Auf die Oberfläche bringt man das zu schneidende Stück mit einem Tropfen Wasser. Man spritzt dann etwas Äthylchlorid von unten gegen die Platte an der Stelle, über welcher das Präparat liegt. Darauf spritzt man von oben am besten in radiärer Richtung von allen Seiten gegen das Präparat auf die Oberfläche der Platte. Bläst man dann mit dem Munde auf die Platte, so gefriert sofort der Wassertropfen, das Präparat haftet fest an der Unterlage. Jetzt spritzt man noch ein wenig Äthylchlorid auf das Präparat selbst, bis es die genügende Konsistenz hat, wovon man sich durch vorsichtiges Berühren mit einem Metallinstrument überzeugen kann.

Beim Lesen dieser Schilderung mag das Verfahren vielleicht etwas komplicirt erscheinen, in Wirklichkeit gelingt es aber ohne jede Mühe, schnell gute Präparate herzustellen. Man braucht sich auch nicht ganz streng an die obigen Vorschriften zu halten, sondern Jeder, der einigemal mit Äthylchlorid gearbeitet hat, wird mit dieser oder jener Abweichung auch zum Ziele kommen. Es gehört eben dazu wie zu jeder technischen Thätigkeit etwas Übung und Anfangs etwas Geduld.

---

[1] Käuflich bei Dr. G. F. Henning, Berlin, Wilhelmstraße 141.

Ich lege besonderen Werth darauf, dass man die Platte, auf der das Präparat liegt, von unten her so weit zur Abkühlung bringt, dass das Präparat an derselben festfriert. Wenn man nur von oben das Präparat bespritzt, wird es zwar sehr schnell fest, löst sich aber beim Schneiden leicht von der Unterlage ab.

Für die übrigen Mikrotome habe ich mir kleine Holzgestelle, deren Oberfläche eine dünne gerippte Glas- oder Metallplatte bildet, anfertigen lassen.

Herr Dr. Ledermann hat, wie ich gelegentlich einer von mir gemachten kurzen Mittheilung in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 30. Januar 1901 erfuhr, unabhängig von mir Äthylchlorid zur Anfertigung von Gefrierschnitten verwandt, ohne diese Methode je veröffentlicht zu haben. Er hat aber das zu schneidende Stück zwischen Korke geklemmt und dann den Strahl des Äthylchlorids direkt einwirken lassen. Er sowohl wie Herr Dr. Müllerheim sind mit dieser Methode recht zufrieden. Durch dieses Einklemmen zwischen Korken wird allerdings das Anfrierenlassen an der Unterlage vermieden. Hierdurch wird jedoch meines Erachtens leicht die Gewebsstruktur leiden. Bei sehr kleinen aus dem Uterus ausgekratzten Stücken ist dies überhaupt nicht anwendbar, da alles Material zerquetscht würde. Ich halte daher die von mir angegebene Methode für zweckentsprechender.

Da die Nothwendigkeit besteht, das Äthylchlorid nach oben aus der Flasche auszuspritzen, so sind die im Allgemeinen im Handel befindlichen Flaschen, bei denen die Flüssigkeit nur durch die Wärme der Hand ausgetrieben wird, nicht geeignet. Die Firma Dr. G. F. Henning, Berlin, hat eine Flasche konstruirt, die mit einer Steigröhre versehen ist. Zudem hat die Flasche auch einen automatischen Verschluss, mit dessen Hilfe man jeden Augenblick dieselbe schließen und wieder öffnen kann. Das nur zu technischen Zwecken verwandte Äthylchlorid wird von genannter Firma billiger geliefert, als das zur Lokalanästhesie gebrauchte Präparat. (2,50 *M* für 100 g, Flasche 50 *Pf*), so dass bei einiger Übung die Kosten des Verfahrens die des Äthermikrotoms nicht übersteigen werden, zumal die Reparaturen des Schlauchapparates fortfallen und die Anschaffungskosten des ganzen Mikrotoms sich auch billiger stellen.

Schnitte von frischen Stücken behandle ich nach der von Pick[2] angegebenen Methode oder, wenn es nicht nöthig ist, unmittelbar nach Gewinnung des Materials Schnitte anzufertigen, so lege ich das Stück, nachdem ich es mit physiologischer Kochsalzlösung abgespült habe, ungefähr 1 Stunde lang in absoluten Alkohol und in 4%ige Formalinlösung, bis es in derselben untersinkt. Bei in Alkohol oder Formalin sorgfältig gehärteten und fixirten Stücken wandte ich die verschiedensten Färbungen an und habe immer vorzügliche Bilder erhalten.

[2] Centralblatt für Gynäkologie Bd. XX. p. 1016.

Man muss natürlich, besonders bei noch nicht genügend fixirten Objekten darauf achten, sie nicht zu stark gefrieren zu lassen, da sonst die Struktur leidet und das Mikrotommesser leicht schartig wird. Ich erwähne auch noch, dass das Äthylchlorid im Gegensatze zu Äther durchaus nicht feuergefährlich ist. Man kann es direkt in die Flamme spritzen, ohne jegliche Explosionsgefahr.

Nach alledem empfehle ich, das Äthylchlorid statt des Äthers zur Anfertigung von mikroskopischen Gefrierschnitten zu benutzen. Die Anwendung desselben bedeutet für das Laboratorium und für das Arbeitszimmer des praktischen Arztes, für den das mikroskopische Arbeiten immer mehr zur Nothwendigkeit wird, eine erhebliche Vereinfachung.

III.

Erwiderung an Herrn E. Wertheim.

Von

H. W. Freund.

In No. 20 d. Bl. hat Herr E. Wertheim sich dagegen verwahrt, dass ich ihm nicht zugeben konnte, er habe den Gedanken gehabt, die W. A. Freund'sche Fisteloperation als Prolapsoperation zu verwenden. In einer direkt angeschlossenen weiteren »Erwiderung« schließt sich ihm Herr H. Schmit »vollinhaltlich an«. Wenn auch Wertheim sich bemüht, allerhand kleine Unterschiede zwischen der W. A. Freund'schen und »seiner« Prolapsoperation aufzufinden, so wird ihm dennoch Niemand zugeben, dass Jemand einen neuen Gedanken hat, wenn er einen Theil der Operation eines Anderen fortlässt. Nicht alle Leute sind damit einverstanden, dass eine geringfügige Modifikation einer Operation — wie dies heute häufiger vorkommt — zu einer eigenen Operation gestempelt wird. Dies auszusprechen habe ich die Gelegenheit wahrgenommen.

Aus der Erregung der Wiener Kollegen schließe ich wohl mit Recht, dass ich einen wunden Punkt richtig getroffen habe. Hoffentlich trägt diese Polemik dazu bei, dass die moderne Art, jede kleine Modifikation mit einem besonderen Namen zu belegen, wieder aus der Litteratur verschwindet. Ich bedauere nur, dass durch diese Polemik vielleicht die Aufmerksamkeit von wichtigeren, in meinem Aufsatze zu findenden Gegenständen abgelenkt wird.

IV.

Zur Geschichte der Behandlung der Leukorrhoe mit Hefe.

Von

R. Kossmann in Berlin.

Nachdem T. Landau (Die Behandlung des weißen Flusses mit Hefekulturen, Deutsche med. Wochenschrift 1899 No. 11) und von

ihm angeregt H. Fleischmann (Die Behandlung des Fluors mit Sacharomyces, Vortrag im ungar. Ärzteverein zu Budapest, cf. dieses Blatt 1900 p. 1128), so wie Walter Albert (Sterile Dauerhefe und ihre Verwerthung in der Gynäkologie, dieses Blatt 1901 p. 417) die Wirksamkeit der Hefe gegen Leukorrhoe erprobt und bezeugt haben, wird es vielleicht manchen Kollegen interessiren, zu erfahren, dass dieses Mittel den Ärzten schon in frühesten Zeiten bekannt gewesen ist.

Hippokrates oder der Verfasser der ihm zugeschriebenen beiden gynäkologischen Werke De natura muliebri und De morbis mulierum schreibt davon an drei Stellen.

In dem ersten Werke (ed. Foës, sect. V, p. 137, 42) heißt es: *τρύγα κατακαίων ἐς ὕδωρ βάλλε, ἔπειτα τῷ ὕδατι κλύζειν* (Röste Hefe und wirf sie in Wasser, dann mache mit dem Wasser eine Irrigation). In dem zweiten heißt es (l. c. p. 190, 51): *οἴνου παλαιοῦ λεύκου τὴν τρύγα κατακαῦσαι καὶ κατασβέσαι οἴνῳ λευκῷ καὶ τρίψαι καὶ προσθεῖναι ἐν ὀθονίῳ* (Die Hefe von altem Weißweine rösten und in Weißwein ablöschen und zerreiben und in einem Charpietampon einführen); und weiter (l. c. p. 195, 51) unter der Überschrift *κλυσμοὶ καθαρτήριοι* (Reinigende Irrigationen): *τρύγα καίων χρῆσθαι σὺν ὕδατι* (Hefe rösten und mit Wasser anwenden).

Bei Dioscorides, *Περὶ ὕλης ἰατρικῆς* (De materia medica) handelt das ganze 86. Kapitel des V. Buches von der Hefe. Hier wird ebenfalls zuerst von dem Rösten der Hefe gesprochen, das in einem neuen irdenen Gefäße auf Kohlenfeuer geschieht, nachdem die Hefe sorgfältig getrocknet ist. Diese geröstete und abgelöschte Hefe muss weiß oder staubfarben aussehen und frisch verbraucht oder in sorgfältig verschlossenen Gefäßen aufbewahrt werden. Auf Wunden gestreut übt das Mittel eine adstringirende, austrocknende, rasch zur Vernarbung führende Wirkung aus. Für gynäkologische Zwecke aber empfiehlt Dioscorides die ungeröstete Hefe mit den Worten: *ἡ δὲ ἄκαυστος στέλλει οἰδήματα καὶ ῥοῦν γυναικεῖον κατὰ ἤτρου καὶ αἰδοίου καταπλαττομένη πραΰνει* (Die ungeröstete [Hefe] aber wirkt adstringirend auf Schwellungen und lindert, auf den Unterbauch und in das Genitale applicirt, den weiblichen Fluor).

Es giebt wirklich nicht allzu viel Neues in der Medicin. Erst wenn deren Jünger nicht mehr Griechisch lesen können, wird das anders werden.

Neue Bücher.

1) A. Debrunner (Frauenfeld). Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Frauenfeld, J. Huber, 1901.

D. ist extremer Aseptiker. Als Desinficiens sowohl in der Gynäkologie als in der Geburtshilfe benutzt er Seifenkresol (1—3 %ig). Bei

der Händedesinfektion werden nach Seifen-Warmwasserbürstung die Hände mit sterilem Gips bestreut, der tüchtig verrieben wird. Als Nahtmaterial wird vorwiegend Seide, ausnahmsweise Katgut benutzt. Aus dem reichen Materiale, das in der Monographie der Öffentlichkeit übergeben wird, kann nur Einiges an dieser Stelle besonders hervorgehoben werden. Bei Urethralprolaps trägt D. den Prolaps mit Messer oder Schere ab und vernäht dann Schleimhaut und Haut cirkulär. Die Gersuny'sche Harnröhrendrehung gab in einem Falle kein vollkommen befriedigendes Resultat. Die Curettage der Harnblase hatte in einem Falle von tuberkulöser Cystitis guten Erfolg, versagte in einem anderen Falle von Colicystitis. Zur Behandlung des Ulcus rodens vaginae, das ohne luetische Ätiologie beobachtet wurde, eignet sich besonders ein Streupulver aus Zucker, Kalomel, Bismuth. subnitr. und Airol im Verhältnisse von 1 : 1 : 5 : 5. Eine Pfählungsverletzung des Dammes, des Mastdarmes und der Scheide heilte primär nach der Naht.

Erwähnenswerth sind 2 Fibromyome der Vulva und 2 große Scheidenmyome, die beide in der Schwangerschaft stark wuchsen und beginnende Gangrän zeigten; ferner 3 Fälle, in denen ein Maierscher Ring von Carcinommassen durchwachsen war, durch einen fibrösen, aus Granulationen hervorgegangenen Strang zurückgehalten wurde und endlich durch Gase derartig aufgebläht war, dass die Entfernung erst nach Durchschneidung des Ringes gelang.

Die von D. geübte Dammplastik ist die von Lawson Tait. Die Portioamputation wurde relativ häufig ausgeführt.

Recht interessant ist ein durch Curettage diagnosticirter Fall von primärer Uterustuberkulose. 2 Fälle von Perforation des Uterus durch die Curette (inoperables Corpuscarcinom und Deciduom) kamen ohne schwerere Folgen vor; 2mal war die Curettage der Ausgangspunkt einer schweren Infektion (Endometritis, Cervixcarcinom). Die Curettage zur Blutstillung bei Myomen wird für bestimmte Fälle empfohlen, für andere, näher bezeichnete, verworfen; die Apostolische Behandlung gab schlechte Resultate.

Bei Laparomyomotomien bevorzugt D. auffallenderweise noch die extraperitoneale Stielbehandlung und glaubt, dass die Zukunft der abdominalen Totalexstirpation gehören wird. Nach Ventrofixation waren die Dauerresultate gut, normale Geburten wurden bei 2 Operirten beobachtet. Die Vaginofixation wird als Theiloperation bei Prolapsen befürwortet, wenn Klimakterium besteht; sonst wird Tubenresektion verlangt. Bezüglich der Totalexstirpation bei Uteruscarcinom sei bemerkt, dass sämmtliche Corpuscarcinome nicht recidivirten, dass dagegen bei Portio- und Cervixcarcinomen das Recidiv nie ausblieb.

Ovariotomien auf vaginalem Wege werden widerrathen; bei stärkeren entzündlichen Adnexerkrankungen wird, besonders bei Frauen der schwer arbeitenden Klasse, die vaginale Totalexstirpation

des Uterus und der Adnexe für richtig gehalten; die Indikationen für Kastration sind möglichst zu beschränken. Die Hyperinvolutio uteri im Wochenbett giebt eine gute Prognose bezüglich späterer Konception (2 Fälle). Interessant sind weiterhin je 1 Fall von Tussis uterina, von Stomatitis ulcerosa menstrualis und von künstlicher, mit Erfolg ausgeführter Befruchtung bei Impotentia coëundi des Mannes.

Als ausgezeichnet müssen die Erfolge bei Operationen am Darmkanale bezeichnet werden (Darmnaht und Darmresektion), besonders in einem verzweifelten Falle von Darm-Bauchdecken-Uterus-Blasenfisteln.

Aus dem geburtshilflichen Theile erwähne ich zunächst 3 Fälle von gut verlaufener Sectio caesarea, 1 Fall von Ectopia vesicae urinariae beim Neugeborenen, die ein erst durch Punktion zu beseitigendes Geburtshindernis darstellte. D. ist ein eifriger Fürsprecher der Symphyseotomie. Zur künstlichen Frühgeburt wurden Bougies angewandt, im Falle des Versagens die Metreuryse. Auch die Prochownik'sche Entziehungskur gab gute Resultate. Bei Placenta praevia soll in jedem Falle nach gestellter Diagnose die Cervix durch Jodoformgaze dilatirt und dann bei genügend weitem Muttermunde die kombinirte Wendung nach Braxton-Hicks gemacht werden. In 6 Fällen wurde wegen Extra-uterin-Gravidität laparotomirt, darunter 1mal bei ausgetragener Frucht; die Frau starb an einer Blutung aus der Placentarstelle, die anderen Fälle (frühere Stadien, Hämatocelen) genasen. Eine vaginale Köliotomie bei Extra-uterin-Gravidität und großer Hämatocele konnte nur durch gleichzeitige Uterusexstirpation und unter großen Schwierigkeiten beendet werden. Der vaginale Weg wird desshalb nicht empfohlen.

Am Schlusse des Buches, dessen reicher Inhalt durch diese kurzen Angaben nur angedeutet werden konnte, finden sich 3 Fälle von Uterusruptur sub partu, von denen 2 durch konservative Maßnahmen (Tamponade, Zuklemmen des Risses) gerettet werden konnten.

Stoeckel (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Februar 1901.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Frl. Dr. van Tussenbroek.

Nijhoff demonstrirt 1) Abortivei, bei einer 30jährigen Primigravida mit perniciöser Anämie in agone ausgetrieben. Die Frucht von 4 Monaten lag in dem intakten, geschlossenen Amnion. Nach dem Tode fand man das überall adhärente Chorion mit Decidua und Placenta in utero.

2) Photographien einer 86 cm hohen rachitischen Zwergin, bei der er im November Sectio caesarea ausführte. Nach den Maßen hält N. das Becken, dessen radiographische Aufnahme folgen soll, für ein pseudo-osteomalakisch-

rachitisches Becken. N. ist der Meinung, dass man unter diese Rubrik nur solche Becken rechnen darf, bei denen nicht nur der Beckeneingang, sondern wie in seinem Falle, auch der Beckenausgang verengt ist.

In der Diskussion hebt Kouwer hervor, dass die Verengerung des Beckenausganges nur ein quantitatives Symptom dieser Beckenanomalie sei. Treub holt aus seiner Sammlung ein Becken, das die Kouwer'sche Auffassung bestätigt.

Meurer: a. 2 Fälle von Errores diagnoseos.

Ein linksseitig neben dem Uterus liegender Tumor wurde als Dermoidcyste des linken Ovariums diagnosticirt, nach Eröffnung der Bauchhöhle für ein subseröses Myom gehalten und entpuppte sich schließlich bei Durchschneidung des Stieles als das linke, myomatös degenerirte Nebenhorn eines Uterus bicornis.

Bei einem Partus waren die Eihäute so zäh, dass es nur mit einer ausgeglühten Stricknadel gelang, dieselben zu durchbrechen. Nach der Geburt des noch lebenden Kindes stellte sich heraus, dass nicht die Eihäute punktirt worden waren, sondern eine riesige, dem Hinterkopfe des Kindes aufsitzende Meningocele.

b. Ein tödlich verlaufener Fall von Febris puerperalis.

Von der sehr ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass als Ursache der Infektion der Löffler'sche Diphtheriebacillus mikroskopisch und bakteriologisch gefunden wurde. Außer den freilich erst spät angewendeten Seruminjektionen wurden Bepinselungen mit Jodtinktur, subkutane Salzwasserinjektionen und schließlich auch subkutane Terpentininjektionen, die furchtbare Schmerzen verursachten, ohne irgend welches Resultat versucht.

In Anschlusse an diesen Fall verlangt M. für alle Puerperalfieberfälle bakteriologische Diagnose und Serumtherapie.

In der Diskussion hebt Treub hervor, dass die Serumtherapie allerdings bei Larynxdiphtherie sehr gute Resultate gegeben hat, dass aber weder die Meurer'sche noch ein früher von Bumm mitgetheilte Fall geeignet scheinen, um diese Therapie auch in der Geburtshilfe allgemein einzuführen. van der Velde bezweifelt, ob trotz des bakteriologisch negativen Befundes außer den Diphtheriebacillen nicht auch andere Infektionskeime mit im Spiele waren.

Selhorst: a. Demonstration eines nach der Doyen'schen Methode vaginal exstirpirten Uterus, bei dem von Veit auf Grund einer Probeexkochleation die Diagnose auf »maligne Degeneration« gestellt war.

b. Die federnde Gebärmutter.

Auf Grund des von Pichevin aufgestellten Krankheitsbildes des »Uterus à ressort« beschreibt S. einen von ihm beobachteten, analogen Fall, den er »veerende baarmoeder« nennt.

Aus der Diskussion, an der sich Dr. van Tussenbroek, Kouwer, Pompe van Meerdervoort, Pimentel und Stratz betheiligen, geht hervor, dass die meisten Mitglieder der Gesellschaft sich mit dem Aufstellen dieses neuen Krankheitsbildes nicht so ganz befreunden können.

Sitzung vom 17. März 1901.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Kouwer: 4 Fälle von Sectio caesarea.

1) 30jährige Primipara. Spinae 26, Cr. 30, Diag. 9,5, C. v. 8. Seit 12 Stunden in partu. Abgewichene Kopflage mit Vorfall der Nabelschnur und der linken Hand. 4 cm Muttermund. Mit Sectio caesarea lebendes Kind, 52 cm, 2900 g. D. bipar. 9, bitemp. 8,5.

Mutter und Kind gesund.

2) 35jährige Vpara. Spin. 25,5, Cr. 27,5, Diag. 10,25, C. v. 8,25.

Partus I. Todtes Kind mit Forceps.

» II. Künstliche Frühgeburt. Forceps. Kind 2750 g, bleibt leben.

Partus III. Wendung und Extraktion. Kind lebt (stirbt nach 13 Monaten).
» IV. Wendung und Extraktion. Kind todt. 3500 g.

Da mit Rücksicht auf das Missverhältnis zwischen Kind und Becken (vide partus IV) wenig Aussicht bestand, auch mit Partus art. praematurus ein lebendes Kind zu bekommen, Sectio caesarea; lebendes Kind. 3690 g. D. bipar. 9, bitemp. 8,25.

Mutter und Kind gesund.

3) 42jährige Ipara. Spin. 25,5, Cr. 27,75, Diag. 8,5, C. v. 7, Spin. post. 6,5, starker Hängebauch.

Seit 3 Tagen in partu Temperatur 38,2. Kindliche Herztöne?; abgewichene Schädellage.

Da der Tod des Kindes nicht mit Sicherheit konstatirt werden konnte und die Temperatursteigerung längeres Warten gefährlich erscheinen ließ, Sectio caesarea.

Macerirtes Kind von 2970 g. Mutter gesund.

4) 24jährige Primipara. Spin. 26, Cr. 29, Diag. 9,5, C. v. 7,5. Seit 4 Tagen in partu. Muttermund 3 cm, Fruchtwasser vor 24 Stunden abgelaufen. Temperatur 37,8. Pfeilnaht über dem Becken hinter der Symphyse.

Sectio caesarea. Die Innenfläche des Uterus ist mit einer dicken Eiterlage bedeckt, darum sofort Porro, lebendes, bald darauf verstorbenes Kind von 3550 g, 55 cm lang, bipar. 0,5, bitemp. 8. 2 Decubitusstellen am Schädel, 7,5 cm von einander entfernt.

Mutter Phlegmasia alba dolens, dann völlig gesund.

Epikritisch bemerkt Kouwer, dass er die unterste Grenze für die Indikation von Partus art. praematurus im Interesse eines lebenden Kindes nach seinen Erfahrungen auf 8,5 stellt. Bei stärkerer Verengerung gelingt es wohl auch noch, lebende Kinder zu bekommen, aber die sterben meist bald darauf. Mit 8 cm fängt die relative Indikation für Sectio caesarea an. Zwischen 8 und 9 muss individuell gehandelt werden, relative Beckenenge (bei großem Kinde), schlechte Vorbereitung der weichen Geburtswege, zum Theil auch sociale Verhältnisse müssen in Rechnung gebracht werden.

Treub hält die Indikationen in Kouwer's Fällen für berechtigt; in Fall 2 darf der Tod des 3. Kindes nicht der Geburt zur Last gelegt werden.

Kouwer: In Fall 2 bestand relative Indikation wegen besonderer Größe des Kindes.

Stratz hält die Indikationen Kouwer's klinisch für berechtigt, nicht aber für die Poliklinik.

Kouwer hält auch künstliche Frühgeburt in der Poliklinik für gefährlich.

Ribbius hält künstliche Frühgeburt, wenn die socialen Verhältnisse günstig sind, auch außer der Klinik für erlaubt. Er fragt Kouwer nach seiner Erfahrung über die Prochownik'sche Diätkur, die er öfters mit Erfolg angewendet hat.

Kouwer hat dieselbe nie versucht und erwartet wenig Heil davon.

Semmelink fragt, ob im 3. Falle der Tod des Kindes nicht durch die schlappen Schädelknochen hätte diagnosticirt werden können.

Kouwer: Das war vor der Operation nicht möglich. Wie denken die Herren über die Indikation der beginnenden oder drohenden Infektion in Fall 3 und 4? van der Mey sah dies früher als Kontraindikation für Sectio caesarea an.

Stratz: Die Zeiten sind verändert. Vor 15 Jahren starben bei Schröder alle wegen Puerperalfieber operirten Pat. Heute zu Tage ist Technik und Prognose viel besser geworden, und bei Sectio caesarea hat man bessere Übersicht und kann darum rationeller eingreifen.

Barnouw schließt sich Stratz an. Namentlich Fall 4 von Kouwer ist beweisend für die Berechtigung des energischeren Eingriffes.

van der Hoeven: Über die Ursachen von Hydramnios. van der H. hat verschiedene Mütter mit Herz- und Nierenleiden ohne Hydramnion und umgekehrt verschiedene Fälle von Hydramnion bei völliger Gesundheit der Mutter

gesehen und glaubt daher, dass die Ursache für Hydramnios in den meisten, wenn nicht in allen Fällen, nicht bei der Mutter zu suchen ist.

Nach seiner Ansicht, gegründet auf Experimente über die Durchlässigkeit des Nabelstranges bei geringem Drucke, hält er eine Transsudation aus der Nabelvene für die Hauptursache des Hydramnios. Ausgehend von den Untersuchungen von Schatz über Zwillingsplacenten erläutert er, wie durch Anastomosenbildung Stauung in einzelnen Theilen des Kreislaufes entstehen kann. Die theoretischen Betrachtungen illustrirt er durch Demonstration eines Acardiacus, der als Zwilling in Folge schlechter Blutversorgung in der Entwicklung litt.

Hauptsächlich dürften Knoten im Nabelstrange die primäre Ursache der Cirkulationsstörung sein; desshalb ist eine genaue Untersuchung des Funiculus umbilicalis für die Ätiologie nöthig.

van Tussenbroek hat kürzlich einen Fall von Zwillingen beobachtet, die beide Hydramnios hatten. Beide Nabelschnüre hatten falsche Knoten. Nach dem Gehörten will sie die mikroskopische Untersuchung derselben vornehmen.

Barnouw fragt, ob van der Hoeven und van Tussenbroek abnorm starke Nabelschnurgeräusche gehört haben. Beide verneinen.

Treub: 3 Fälle von Eklampsie im Puerperium.

1) 23jährige IIpara; nach dem ersten Partus Psychose, nach der 2. Entbindung »Anfälle«, etwa stündlich. In der Klinik deutliche psychische Störungen, am folgenden Tage, 3. Februar, typischer eklamptischer Anfall. 20 mg Morphium. Abends noch 2 Anfälle. 20 mg Morphium. 500 ccm NaCl-Lösung subkutan. Temperatur 38,7.

4. Februar kein Anfall, fühlt sich besser. 10‰ Albumen im Urin. Temperatur normal. Milchdiät.

5. Februar wenig Schlaf, unruhig.

6. Februar Hallucinationen. 15 mg Morphium, kein Anfall mehr.

Wird auf die Nervenabtheilung gebracht, wo die Psychose nach geringer Besserung exacerbirt.

2) IVpara. 3. Februar fast ohne Wehen spontaner Partus eines todten Kindes.

4. Februar, Urin dunkel, viel Hämoglobin und Cylinder, 5‰ Albumen.

Nachts gegen 11 Uhr eklamptischer Anfall, alle 5 Minuten 3 weitere Anfälle. 50 mg Morphium, 600 ccm NaCl-Lösung subkutan; tiefes Koma, Puls 140.

5 Uhr Cheyne-Stokes. Temperatur 39,4, Puls 180—200. 650 ccm HCl-Lösung.

8 Uhr Temperatur 40,6, Puls 106, um 12 Uhr Exitus.

Sektion: Gehirn normal, subkapsuläre Blutungen auf der Leber, viele große und kleine Hämorrhagien in den Nieren. Milz vergrößert.

3) 34jährige Primipara. Eclampsia puerperalis tardissima (van der Velde).

Partus vor 14 Tagen, Albuminurie bereits ante partum konstatirt, danach doppelseitige Phlegmasie. War bereits aufgestanden, als sie, 14 Tage p. p., Abends einen eklamptischen Anfall bekam, der bald von einigen anderen gefolgt wurde.

Am folgenden Morgen Euphorie; trotzdem Morphium- und HCl-Lösung; im Laufe des Tages erneute Anfälle, stets Morphium. Abends Koma, Urin viel Albumen. Den nächsten Tag stets erneute Anfälle. Temperatur 40°, Abends 2mal, 24 Stunden nach dem ersten Anfalle Exitus.

In den beiden ersten Fällen ist die Eklampsie zufällig erst im Puerperium aufgetreten, im letzten handelt es sich um Mischinfektion; die Eklampsie trat auf, als die Autointoxikation aus der Schwangerschaft durch die septische puerperale komplicirt resp. erhöht wurde.

Pimentel hat bei einer 28jährigen Ipara ebenfalls puerperale Eklampsie gesehen. 3 Stunden p. partum erster Anfall, gleich darauf ein zweiter. 500 g NaCl, 0,02 Morphium. Am folgenden Tage noch 6 Anfälle. Kampheräther, Morphium, 500 g NaCl-Lösung und warme Einpackung. Koma. Aderlass von 200 g. 6 Stunden darauf Exitus.

Ribbius fragt, ob Treub keine Aderlässe anwendet. Er selbst hat bei einer Pat., die direkt nach der Geburt den ersten Anfall bekam, dem in stündlichen

Zwischenräumen neue folgten, nach Venaesektion sofort Cessiren der Anfälle eintreten sehen. Einige Stunden nach dem Aderlasse starb Pat. im Koma.

Treub hat nur aus äußeren Umständen keinen Aderlass gemacht; im Princip ist er nicht dagegen. **C. H. Stratz** (Haag).

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Glasgow.

(Lancet 1901. Februar 16.)

Der Vorsitzende, Jardine, zeigt ein Neugeborenes mit Trübung der Hornhaut. Die Pupille war schwierig zu sehen, reagirte aber prompt. Der Zustand war wahrscheinlich durch Druck auf den Augapfel während der Geburt veranlasst, da auch das entsprechende obere Augenlid lädirt war. 8 Tage nach der Geburt war die Trübung schon annähernd verschwunden.

Edgar demonstrirte ein intaktes 3 Wochen altes Ovum, das im Douglas gelegen hatte (Tubenabort). Die Bauchhöhle war voll Blut.

Der Vorsitzende und Munro Kerr berichteten über Embolien im Wochenbette. In dem einen Falle enthielt der rechte Ventrikel ein Blutgerinnsel, das bis in die Lungenarterie sich erstreckte.

Ferner trug der Vorsitzende die Geburtsgeschichte einer Frau vor, die an einer spontan entstandenen Uterusruptur gestorben war. Der pathologische Anatom fand, dass die Muskelfasern an der Rissstelle degenerirt waren, viele waren geschwollen, hyalin, und die Kerne nahmen keine Färbung an. Elastische Fasern waren relativ sparsam vorhanden.

Russel zeigte einen Placentarpolypen von Hühnereigröße.

Rissmann (Osnabrück).

4) Königl. Gesellschaft für Medicin in Irland.

(Lancet 1901. Januar 26.)

Kidd berichtet über die durch Forceps beendete Geburt einer IIpara, bei der man das erste Mal wegen Myom die Sectio caesarea gemacht hatte.

Smith erinnert sich einer Frau, deren Becken durch einen großen Tumor ausgefüllt war und bei der es in Narkose nicht gelang, das Becken frei zu machen. Trotzdem kam die Frau spontan nieder. Der Vorsitzende Macan meint, dass neben der Möglichkeit, die im K.'schen Falle vorhanden war, dass der Tumor aus dem Becken gezogen wurde, man auch daran denken muss, ob nicht größere Umwandlungen mit den Geschwülsten vorgegangen sind.

Hard trägt die Geburtsgeschichte einer Frau vor, die eine Placenta praevia hatte und septisch inficirt war. Das Bemerkenswerthe ist, dass ein so starkes Ödem der Vagina vorhanden war, dass man den kaum geöffneten Muttermund nur mit Schwierigkeiten erreichen konnte. Der Fall endete letal.

Kinkead hat ein Cervixcarcinom während der Gravidität entfernt und post partum die Hysterektomie ausgeführt.

Macan glaubt, dass dieses in Irland der erste derartig operirte Fall ist.

Rissmann (Osnabrück).

5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Nordengland.

(Brit. med. journ. 1901. März 9.)

In der Sitzung der Gesellschaft am 15. Februar zeigt Gemmel (Liverpool) ein $3^1/_2$ Pfund schweres Fibrom des Ovarium, ferner 2 Ovarien mit oberflächlich gelegenen Papillomen. Im letzten Falle war noch kein Ascites da und auch keine sekundären Erkrankungen.

Parker (Liverpool) entfernte ein cystisches Myom von 23 Pfund Gewicht und ferner ein kleineres solides Myom aus dem linken Lig. latum. Daneben war aber noch eine seröse Cyste zweifelhaften Ursprunges in der linken Seite des Beckens. Ein Zusammenhang dieser Cyste mit Ureter oder Blase war nicht vorhanden. Es

wurde nach der Scheide drainirt; am 9. Tage nach der Operation trat Tetanus auf, der trotz Seruminsektion zum Tode führte.

Wallace (Liverpool) berichtete folgende Geburtsgeschichte. Zur Einleitung des Abortes war ein Laminariastift eingelegt, welcher nach einigen Stunden ausgetrieben wurde und bald darauf unter starken Schmerzen eine Mole. Am anderen Tage fand W. ein großes Loch in der hinteren Cervixwand und glaubt, dass wegen des Widerstandes, den die stark anteflektirte Cervix der Austreibung der Fleischmole entgegengesetzt habe, die Ruptur entstanden sei.

Favell (Sheffield) hat bei einem Ovarientumor, der während der Geburt das kleine Becken versperrte, den Kaiserschnitt gemacht und darauf den Tumor entfernt. Mutter und Kind blieben am Leben.

Briggs (Liverpool) demonstrirt ein Uterussarkom.

Rissmann (Osnabrück).

Verschiedenes.

6) **C. Donati** (Innsbruck). Über einen Fall von Hämatosalpinx und Hämatometra im rudimentären Horne bei Uterus bicornis unicollis. Heilung nach 2maliger Laparotomie.

(Zeitschrift für Heilkunde 1900. Bd. XXI. Hft. 9.)

Der Fall bot klinisch das Bild eines Adnextumors. Bei der 1. Operation wird die linke, durch geronnene Blutmassen stark dilatirte Tube entfernt, ohne Erleichterung für die Pat. Eine 2. Laparotomie zeigt nun, dass das bei der 1. Operation als Corpus uteri angesehene Gebilde eine Hämatometra des rudimentären Nebenhornes darstellt. Es hängt mit der supravaginalen Portion durch einen muskulösen Strang zusammen. Die rechten Adnexe sind vollständig ausgebildet, aber infantil. Die Entfernung des linken Uterushornes bringt definitive Heilung.

Das rudimentäre Uterushorn zeigt eine atrophische Mucosa, bei 0,75 cm Wanddicke. **O. Burckhardt** (Basel).

7) **E. H. Kisch** (Prag-Marienbad). Die Balneotherapie der uterinen Herzbeschwerden.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 18.)

Am günstigsten wirken Brunnen- und Badekuren bei Herzbeschwerden[1], die von den Menstruationsstörungen im Beginne und am Ende des Geschlechtslebens hervorgerufen werden, bei ersteren, in der Menarche, ist die innerliche Anwendung der reinen Eisenwässer oder eisenreichen Säuerlinge, so wie der Gebrauch der stark kohlensäurereichen Stahlbäder, Sool- oder Eisenmoorbäder ein machtvolles Mittel, um durch Anregung der blutbildenden Organe die Energie der Körperfunktionen im Allgemeinen und die menstruelle Fluxion zu heben; dadurch werden auch reflektorische Herzbeschwerden beseitigt. Reflexneurosen in Folge klimakterischer Veränderungen mit den bekannten vasomotorischen Störungen mannigfacher Art werden durch systematische Anwendung der leicht purgirenden Mineralwässer, der kalten Glaubersalz- und Kochsalzwässer günstig beeinflusst, diese wirken nicht nur günstig auf die von der Norm abweichende Blutbeschaffenheit, wie der Ausfall der inneren Sekretion der Ovarien sie erzeugt, sondern mindern auch die verschiedenen consecutiven Stauungshyperämien und kollateralen Wallungen, so wie die dem Klimakterium so eigenthümliche Neigung zu disproportionalen Reflexaktionen, welche sich auch auf dem Gebiete des Herznervensystemes kund giebt. Unterstützt wird diese Wirkung durch thermisch indifferente Bäder, die einen reizabhaltenden Effekt ausüben, wie durch derivatorisch wirkende hydriatische Proceduren (kalte Waschungen, feuchte Einpackungen des Unterleibes etc.).

---

[1] Siehe Centralbl. f. Gyn. 1900. p. 104.

Liegen den Herzbeschwerden Erkrankungen des Genitales zu Grunde: Exsudate, Entzündungszustände des Uterus und der Adnexa, welche zu Dislokationen, Kompressionen und Zerrungen des Uterus und der Ovarien führen, ein Umstand, der nach K. besonders ausschlaggebend ist für die Entstehung dieser Herzbeschwerden, so wirken prolongirte Thermalbäder und auf den Unterleib applicirte Soolumschläge günstig, zugleich mit innerlichem Gebrauche mild auflösender Brunnen; überwiegen dabei die Symptome des geschwächten Herzens, so fällt die balneotherapeutische Hauptrolle den an Kohlensäure reichen Säuerlingsbädern und Soolbädern zu, deren beruhigende Wirkung bekannt ist. Auch bei Myomen stehen die kohlensäurereichen Mineralbäder als Stärkungsmittel des geschwächten Herzens (bei noch kräftigen und dem Klimakterium nahen Frauen) in erster Linie. Vielleicht wirken hier auch Trinkkuren auf dem doppelten Wege der Anregung der Darmthätigkeit und der Diurese, so dass durch Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes es ermöglicht wird, die arteriosklerotischen Veränderungen und venösen Stauungen, welche nach neuesten Forschungen als mitbetheiligt an der Entstehung der Uterusmyome angesehen werden, günstig zu beeinflussen und hiermit auch die kardialen Beschwerden zu bessern. **Piering** (Prag).

8) **J. Lindsay** (Glasgow). **Geheilte Spina bifida oder sacrales Teratom?**
(Glasgow med. journ. 1900. September.)

Ein jetzt 6jähriges Mädchen — das 5. von 6 Geschwistern; die anderen 5 alle durchaus normal — wurde mit einer näher zu beschreibenden Anomalie im lumbosacralen Theile der Wirbelsäule geboren. Beschwerden, von dort ausgehend, sind nicht vorgekommen, also auch kein Anlass zu Behandlung oder operativem Eingreifen. 6 Wochen vor der Geburt erlitt die Mutter eine heftige Erschütterung durch einen Fall.

Das Neugeborene hatte an besagter Stelle eine ovale Geschwulst, etwas mehr der rechten Seite angehörend, von normaler Haut bedeckt, von der Konsistenz von Fett. Darauf saß eine Art tassenförmiger Knopf, der an seiner Spitze eine rothe, wie von trockenen Granulationen gebildete Zone trug; von dieser aus hing ein birnartig geformter, 3 Zoll langer Körper herab, von Konsistenz und Aussehen völlig nabelschnurartig. Er wurde eingewickelt wie Nabelschnurrest, trocknete ein und fiel am 4. oder 5. Tage ab. Angeregt durch eine ähnliche Publikation von E. Owen in den Transact. of the patholog. soc. of London 1888 ergeht sich L. nun in Spekulationen, ob es sich in seinem Falle (mikroskopische Untersuchung war nicht möglich) um eine spontan geheilte Spina bifida oder um den Nabelschnurstumpf eines nur (in Form der ovalen Geschwulst) angedeuteten Pygopagus gehandelt haben möge? **Zeiss** (Erfurt).

9) **F. W. N. Haultain** (Edinburg). **Pathologische Amenorrhoe aus anderen als konstitutionellen Ursachen, mit veranschaulichenden Fällen.**
(Edinburg med. journ. 1900. April.)

Die auf Atresie im Genitalschlauche beruhenden sog. Amenorrhoen sind eigentlich vielmehr als »versteckte Menstruation« zu betrachten und zu bezeichnen. Außerdem sind noch unter die erste Abtheilung, unter die primären Amenorrhoen zu rechnen die Fälle von Fehlen oder mangelhafter Entwicklung von Uterus oder Ovarien oder von beiden; so wie die Amenorrhoe bei guter Körperentwicklung und (dem Tastgefühl nach) normalen Ovarien und Uterus, die auf mangelnder vis a tergo vom Centralnervensystem aus beruhen. Die Behandlung jener Kryptomenstruationen ist einfach und gegeben; Entwicklungsanomalien bieten dem Arzte ein undankbares Feld, abgesehen vielleicht von der Kastration bei heftigen Schmerzanfällen und Mangel des Uterus.

Die erworbenen Amenorrhoen (auf nicht konstitutioneller Basis) entstehen durch »Inaktivität« von Uterus oder Ovarien oder von beiden; oder sind nervöser Natur, Überanstrengung, Furcht nach unerlaubtem Coïtus, Chok u. dgl. Mangelhafte Funktion des Uterus ist meist mit Superinvolution, also Verkleinerung des Uterus verbunden, während letzterer bei nicht all zu lange bestehender Inaktivität

der Ovarien mehr oder weniger seine Größe behält. Dieses Moment entscheidet die Richtung der Therapie.

Die galvanischen Intra-uterin-Stifte sind zu verwerfen. Konstanter Strom (40 bis 60 Milliampères), negativer Pol im Uterus, mag empfohlen sein. Gegen Trägheit der Ovarialfunktionen hat Verf. mit den neueren Ovarialextrakten zwar nicht verlässliche, aber doch in einzelnen Fällen offenbare Erfolge erzielt, die zu weiterer Verwendung ermuthigen. **Zeiss** (Erfurt).

10) **Kidd** (Dublin). Fibrom des Ileum.

(Dublin journ. of med. science 1900. December.)

In der Kgl. Akademie demonstrirte K. einen Tumor von Mittelorangengröße, der, ein reines Fibrom, von der Muscularis des Ileum ausgehend, in den Douglas heruntergesunken und dort aus Adhäsionen mit dem Rectum ausgelöst werden musste. Die ganzen topographischen Verhältnisse des Tumors — über Alter und Beschwerden der Pat. fehlen die Angaben — sprachen gegen Malignität, wesshalb K. ihn, ohne vom Darme etwas zu reseciren, auslöste. Doppelte Lembert'sche Naht, glatte Heilung. **Zeiss** (Erfurt).

11) **Jaboulay** (Lyon). Günstiger Einfluss des Chinins auf maligne Tumoren.

(Lyon méd. 1900. September 2. u. 9.)

J. berichtet (kurze Mittheilung aus der Soc. nation. und Soc. de chirurgie de Lyon) über 4 Kranke. 1) Ein Mann, 45jährig, der bereits 9mal in 5 Jahren wegen Myxosarkom in der rechten Trochantergegend operirt war, kam mit neuem Recidiv, als inoperabel, zu ihm. Nachdem derselbe täglich, in 4 Dosen, 2 g Chinin. bichlorhydr. genommen (wie lange, ist nicht genau ersichtlich), ist rapide Besserung eingetreten, die einzelnen Knoten sind kleiner und mobil geworden, so dass jetzt eine Exstirpation sehr gut möglich wäre. Ödem und Schmerzen im Schenkel sind verschwunden. — 2) und 3) 2 Frauen, 65 und 50 Jahre alt, mit ulcerirenden Krebsknoten der Mamma, die beide von der Haut ihren Ursprung genommen zu haben schienen, wurden mit Chinin verbunden und bekamen täglich 1,5—2,0 subkutan. Beide Ulcera zeigten bald ganz überraschende Besserung, verkleinerten sich, überhäuteten sich von Tag zu Tag mehr. — Der 4. Fall betraf eine 38jährige Frau mit einem dem Aufbruche nahen malignen Mammatumor; Chinin subkutan, Rückgang auf die Hälfte, Oberfläche, früher glatt gespannt, auf dem Punkte zu platzen, ist wieder faltig, Achsel- und Subklavikulardrüsen wieder verkleinert.

Zeiss (Erfurt).

12) **P. Goullioud** (Lyon). Mikulicz vaginal.

(Lyon méd. 1900. März 18.)

Durch die Manipulationen bei der abdomino-vaginalen Drainage post laparotomiam ist leicht Gelegenheit gegeben, Infektion von der Scheide her einzubringen. Um das zu vermeiden, verfährt G. so: Feste Jodoformgazetamponade im Abdomen bis auf die tiefste Stelle des Douglas, Schluss der Bauchwunde, Verband; Pat. in Steinschnittlage, sorgfältige Desinfektion der Scheide, Verschließung und Aufheben der Portio mit Muzeux, Finger zur Kontrolle in den Mastdarm, Ein- und Durchschneiden auf den festen Gazeballen im Douglas, Erweiterung der Wunde, Hervorholen der untersten Gazeschlinge in die Scheide. **Zeiss** (Erfurt).

13) **Kirk** (Belfast). Intraabdominale Rectopexie bei einem Säugling.

(Brit. med. journ. 1900. December 22.)

Die Länge des Mastdarmvorfalles betrug 4 Zoll. Mehrfache Repositionen nebst Ausführung der Circumcision waren ohne Erfolg geblieben. K. spaltete in der linken Fossa iliaca die Haut und darauf Muskeln und Aponeurosen parallel ihrer Faserrichtung. Nachdem man das Peritoneum von einem Theile des Beckens abgeschoben hatte, so dass die Fascia iliaca sichtbar war, wurde ein Theil des hochgezogenen Mastdarmes, und zwar der Theil, welcher in der Nähe des Mesocolons

saß, mit Silk an die Fascie genäht. Der Erfolg war ein sehr günstiger, und K. zieht die Operation allen anderen für ähnliche Fälle empfohlenen vor.

Rissmann (Osnabrück).

14) **Lawrie.** Wanderniere und Gallenkoliken.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Eine 39jährige Pat. hatte häufige Attacken von Schmerzen in der Lebergegend, verbunden mit Übelkeit und Erbrechen, gewöhnlich war auch Fieber dabei vorhanden. L. beobachtete selbst einen solchen Anfall mit Gelbsucht. Da eine rechtsseitige Wanderniere vorhanden war, führte Verf. die Nephropexie aus, wonach Pat., die nun schon 9 Monate nach der Operation beobachtet wird, von ihren Koliken völlig geheilt ist. McLagan und Treves berichteten im Brit. med. journ. 3 ähnliche Fälle. (Ref. hat seiner Zeit die angezogenen Fälle von McLagan und Treves an dieser Stelle berichtet. Es fanden sich dabei zwar keine Gallensteine, wohl aber Verwachsungen um die Gallenblase, so dass Zweifel in die vorgetragene Theorie zu setzen zur Zeit wohl noch Berechtigung hat.)

Rissmann (Osnabrück).

15) **E. Šlajmer.** Lithopaedion.

(Liečnički viestnik 1901. No. 2. [Kroatisch.])

Der 31jährigen Pat. blieb im Juli 1898 die Menstruation aus, und es traten subjektive Schwangerschaftszeichen auf. Im 3. Monate oft Ohnmachtsanfälle. Im Herbste cessirten diese Erscheinungen, die Schwangerschaft entwickelte sich normal; Anfang December fühlte Pat. Kindesbewegungen. Am 10. Januar traten Wehen auf, welche schwach waren, so dass nach $2^1/_2$ Tagen kein Fortschritt zu bemerken war, der Muttermund öffnete sich nicht, das Fruchtwasser floss nicht ab. Um die Wehen zu verstärken, wurde Pat. am Bauche massirt, worauf jedoch dieselben ganz verschwanden.

Die Beschwerden verschwanden langsam, und Pat. bemerkte ein allmähliches und konstantes Kleinerwerden des Bauches, in dem sie härtere Theile fühlte. Die erste Zeit nach dieser »erfolglosen Geburt« hatte sie oft Schmerzen im Unterleibe, so dass sie bis zu einigen Tagen arbeitsunfähig war; außerdem litt sie viel an Schwäche und Übelkeiten. Im März starke Menstruation, wobei ein größeres Stück abging, Pat. weiß jedoch nicht, ob es geronnenes Blut oder etwas anderes (Decidua?) war; seit dieser Zeit regelmäßige Menstruation. Im August verloren sich die Schmerzen und Übelkeiten.

Pat. schwach genährt, anämisch. Der Unterbauch asymmetrisch vorgewölbt, darin ein kopfgroßer, etwas beweglicher Tumor, welcher beiläufig bis zur Nabelhöhe reicht. 2 Querfinger oberhalb des rechten Lig. Pouparti ein auf beiden Seiten abgerundeter Theil, welcher einer kindlichen Extremität entspricht und am Tumor als Unterlage verschieblich ist; links oben an der Symphyse eine mehr kuglige und weichere Vorwölbung; weiter eine weiche, flache, elastische links und unterhalb vom Nabel. Der Muttermund verschlossen; oberhalb und etwas rechts von der Cervix ein fester größerer Tumor.

Nach der Anamnese und dem lokalen Befunde wird eine extra-uterine Schwangerschaft mit abgestorbener und weiter getragener Frucht diagnosticirt.

Laparotomie am 5. November 1899. Sofort nach Durchschneidung der Bauchdecken kommt man auf die Frucht. Der Rücken ist nach rechts und etwas nach vorn gewandt, der Kopf liegt im Becken; die Frucht ist vom Omentum bedeckt, mit welchem es einige Adhäsionen bildet. Nach Lösung derselben wird die Frucht leicht herausgehoben und bleibt nur noch durch die mumificirte Nabelschnur mit der Placenta verbunden. Das Lager der Frucht bilden das Coecum mit der Flexur und dem Mesocolon, nach rechts und vorn das Coecum und Lig. latum, nach links und vorn der Uterus und das linke Lig. latum, welches sich ausbreitet und im Halbkreise das Lager nach links abgrenzt; darin liegt auch die ganz mumificirte Placenta, welche ohne Blutung bis auf einen kleinen Rest entfernt werden kann. Die Oberfläche der Placenta ist ziemlich glatt, das Gewebe besteht

aus zerfallener, grünbräunlicher, lehmartiger Masse. Tamponade des Lagers nach Mikulicz.

Verlauf regelmäßig, nur komplicirt durch einen Abscess in der linken Inguinalgegend und eine rechtsseitige Adnexitis. Die Fistel von der Drainage bestand noch im Oktober 1900.

Die Frucht ist männlichen Geschlechtes, zusammengekauert mit angezogenen Extremitäten. Die Oberfläche bedeckt mit Resten der Adhäsionen. Der Schädel scheint hydrocephalisch gewesen zu sein, durch Druck sind die Knochen untereinander geschoben, so das Hinterhauptbein unter die beiden Schenkelbeine, während das Stirnbein ganz herausgedrückt und nach vorn geschoben ist. Die ganze Haut sieht wie gegerbt aus, während der ganze Körper ziemlich ausgefüllt und abgerundet ist. An mehreren Stellen, besonders am Rücken zeigt die Haut weißlich-gelbliche Strichelung. Gewicht des Fötus 1360 g, der Placenta 235 g, Länge vom Scheitel bis zum Steißbeine 32 cm, Länge des Humerus 7 cm, der Tibia 8 cm, des Femur 9 cm, Breite des Rückens 12 cm.

Mikroskopisch wird nachgewiesen, dass die Strichelung durch Einlagerung von Kalk in die Haut und unter dieselbe gebildet wird. In den Adhäsionen und an den Stellen, wo diese saßen, fanden sich kleine Kalkablagerungen. Die oberflächlichen Hautschichten sind unverändert, und es zeigen nur die tieferen, besonders aber das Unterhautzellgewebe, zahlreiche Haufen körnigen Kalkes, welcher die typischen mikrochemischen Reaktionen giebt. Im übrigen Unterhautzellgewebe zahlreiche Fettkrystalle. Die Muskelschicht zeigt mikroskopisch keine Veränderungen.

Verf. reiht seinen Fall unter die echten Lithopädien nach Küchenmeister's Eintheilung ein, obzwar die Art der Verkalkung nicht vollkommen entspricht. Der Fall zeigt ganz die gleiche kalkige Infiltration, wie sie Wyder (Archiv für Gyn. Bd. XVII p. 253) beschrieben hat.

Zum Schlusse giebt Verf. eine kurze Übersicht des heutigen Standes der Lehre vom Lithopädion. **v. Čačković** (Agram).

16) **H. Saft** (Thorn). Kolpokleisis mit künstlicher Recto-Vaginalfistel bei unheilbarer Scheiden-Dünndarmfistel in Folge Carcinomrecidivs.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 52.)

Nach Totalexstirpation des Uterus war ein Recidiv in der Operationsnarbe aufgetreten und nach dem Dünndarme durchgebrochen. Durch fortwährendes Überfließen des dünnen Darminhaltes über die Genitalien wurde die Pat. in höchstem Grade gequält. Waschungen, Spülungen, Auflegen von Salben, Einlegen von Tampons brachte keine Linderung. Desswegen Anlegen einer fingerdicken Scheiden-Mastdarmfistel ca. $1^1/_2$ cm über dem Sphinkter. Umsäumung der Wundränder mit der Mastdarmschleimhaut durch Katgutnähte, worauf zuvor in den Scheidenblindsack Zwecks Zurückhaltung des Kothes eingelegte Gaze mit ihrem Ende durch die Fistel und den Sphinkter gezogen wurde. Dann typische Kolpokleisis. Nach Entfernung der Gaze Einlegen eines stärkeren Blasenkatheters durch den Sphinkter und die Fistel in die Scheidenhöhle. Durch denselben 2malige Ausspülung der Höhle am Tage. Am 6. Tage kleine Nachoperation, welche vollständigen Schluss der Scheide erzielt. Pat. $^1/_2$ Jahr p. o. beschwerdefrei. Sie spült die Scheidenhöhle selbst aus. **Graefe** (Halle a/S.).

17) **S. v. Fedoroff** (Moskau). Ein kleiner Kniff zur Technik des Ureterenkatheterismus.

(Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 12.)

v. F. benutzt Albarran'sche Cystoskope (bezogen von Loewenstein-Berlin), aus welchen sich der Ureterkatheter heraushebeln lässt. Das Cystoskop kann dann entfernt werden, der Katheter im Ureter liegen bleiben. Während des Herausziehens des Cystoskops wird der Ureterkatheter in die Blase hinein vorgeschoben. v. F. zieht dieses Cystoskop dem Casper'schen vor.

Stoeckel (Bonn).

18) Gubaroff (Moskau). Über ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben.

(Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 5.)

Ein enormes intraligamentär entwickeltes Fibrosarkom wurde mit dem Uterus nach Doyen entwickelt. Dabei wurde ein 3 cm langes Stück des Ureters weggeschnitten. Die durchtrennten Enden wurden auf folgende Weise vereint: Der freie Rand des unteren Abschnittes wird längs gespalten, das obere Ende in das untere invaginirt und mit längs verlaufenden Nähten befestigt, welche durch die ganze Ureterwand durchgeführt werden (Zeichnung im Original). Pat. ging 31 Tage p. op. an Amyloid der Bauchorgane zu Grunde. Bei der Sektion wurde eine vollständige Restitution des Ureters festgestellt. **Calmann** (Hamburg).

19) J. A. Alexandrow. Über die Transplantation der Ureteren ins Rectum.

(Journ. akusch. i. shensk. Bolesnej 1900. No. 12. [Russisch].)

Angeregt durch günstige Resultate, welche Chirurgen von der Operation der Transplantation der Ureteren ins Rectum erhalten haben, hat Verf. diese Methode bei einer Recto-Vesicalfistel angewendet. Pat., 26 Jahre alt, wurde schon im Laufe von 7 Jahren 30mal operirt. Die ganze vordere Vaginalwand war zerstört, die Schambeine waren mit Narbengewebe bedeckt, die Blase in der ganzen Peripherie verkürzt und stark durch Narben fixirt, Portio vaginalis uteri war in Narbengewebe eingehüllt und hatte das Aussehen einer kleinen Walze. Vor der Operation führte Verf. Sonden in die beiden Ureteren ein. Nach dem Leibschnitte wurde dann das Peritoneum zerschnitten und der Ureter von dem ihn umgebenden Gewebe abgesondert. Es wurde eine Naht auf das Blasenende des Ureters womöglich niedriger angelegt und der Ureter quer durchschnitten. Der obere Abschnitt wurde in die gemachte Öffnung des Rectums eingenäht. Dasselbe wurde mit dem zweiten Ureter gemacht. Die Operation hatte einen sehr günstigen Ausgang. **M. Gerschun** (Kiew).

20) O. Engström. Mittheilungen aus der gynäkologischen Klinik in Helsingfors Bd. III. Hft. 3.

Berlin, S. Karger, 1900.

O. A. Boije: Über Hämatometra im rudimentären Horne eines Uterus bicornis unicollis.

Der Fall betraf eine 27jährige IIIpara, bei der erst durch die Laparotomie die richtige Diagnose gestellt werden konnte. Merkwürdig war, dass der muskuläre Verbindungsstrang zum Uterus nicht von der Höhe des inneren Muttermundes, sondern von der gewöhnlichen Tubeninsertionsstelle ausging. Das entwickelte Horn hatte fast ganz die Lage und Form des Uterus angenommen, ein Kanal zwischen dem rudimentären Horne und dem entwickelten Theile des Uterus war nicht zu finden. B. findet eine Erklärung für den hohen Abgang des rudimentären Hornes in der Annahme, dass der rechte der beiden Müller'schen Gänge ursprünglich länger gewesen oder in der Entwicklung schneller gewesen ist und dass die Verschmelzung bis zur Höhe des sich bildenden Fundus normal vor sich ging, woselbst dann der rechte Gang sich nach außen bog. Für die Atresie nimmt er einen kongenitalen Ursprung an. Referat der 13 bisher bekannten Fälle aus der Litteratur; Besprechung derselben wie auch der Symptome und der Therapie.

Otto Engström: Ein Fall von kongenitalem Defekt der Portio vaginalis uteri mit Atresie des untersten Theiles des Cervicalkanales.

Die Missbildung ist recht selten. Hier betraf sie eine 23jährige Nullipara mit periodischen Schmerzen im Kreuze und Hypogastrium, bei der die Cervix dilatirt und durch Stomatoplastik — Spaltung des Cervicalkanals und Annähung der Mucosa an die Scheidenschleimhaut — ein queres Orificium ext. gebildet wurde. Bei den starken Molimina, die Pat. früher hatte, nimmt E. an, dass das Blut in das Cavum uteri ergossen, dann aber wieder resorbirt worden sei.

Elis Essen-Möller (Lund): Ein Fall von angeborenen überzähligen Ovarien. Kasuistischer Beitrag.

Rechts ein Ovarium, links zwei Ovarien bei einem neugeborenen Kinde. In allen dreien Primordialfollikel mit Eizelle. E.-M. lässt die Frage nach der Genese — ob früheste Trennung des linken Ovarium oder ursprünglich getrennte Anlage der 3 Ovarien — in suspenso.

Otto Engström: Zur Entstehung sog. überzähliger Ovarien.

Ein Fall von Abschnürung eines Theiles des linken Ovarium durch ein gestieltes Dermoid bei einer 29jährigen IVpara, bei der wegen Torsionserscheinungen die Laparotomie gemacht wurde.

Reguel Löfqvist (Helsingfors): Beobachtungen von kongenitalem Defekt des untersten Theiles der Vagina. (Mit 1 Tafel.)

Drei interessante Fälle, wobei stets Hämatokolpos vorhanden war. Ausführliche Besprechung der Entstehungstheorien. Bei dem einen Falle war übrigens eine Infektion des im Uterovaginalkanale stagnirten Blutes eingetreten, wohl eine solche mit Bacterium coli.

O. A. Boije (Helsingfors): Beobachtungen von Doppelbildungen der Vagina bei einfachem Uterus.

Eine Prüfung der Frage, ob die Auffassung, dass ein durch Ausbleiben der Verschmelzung der beiden Müller'schen Gänge entstandenes Septum vaginae kaum allein und ohne Doppelbildungen des Uterus vorkommt, richtig ist. Besprechung der bisherigen Arbeiten über die Embryologie der Generationsorgane und Hinzufügung von 4 Fällen, wo keinerlei Zeichen von Doppelbildung am Uterus zu finden war; freilich ist in keinem Falle eine anatomische Diagnose möglich gewesen.

Otto Engström: Über Anus praeternaturalis vestibularis in klinischer Beziehung.

E. hat 3 Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, den ersten bei einer 21jährigen Frau, die einmal abortirte. Der Anus lag genau zwischen dem hinteren Ansatze des Hymen und dem Frenul. labior. post. ohne Einsenkung an der normalen Mastdarmmündungsstelle. Bei 2 folgenden Geburten wegen drohender Ruptur des Septum recto-vaginale doppelseitige Episiotomie. Im 2. Falle handelte es sich um ein 6 Wochen altes Mädchen, wo der Mastdarm eben so mündete wie beim 1. Falle. Stumpfe Dilatation der engen Mündung, nach 2 Wochen Tod an schon vorher bestandener Enteritis. Der 3. Fall betraf ein 20jähriges Mädchen mit Retroflexion des infantilen Uterus, bei dem die Menses nur ein mal mit 16 Jahren auftraten. Die Analöffnung scheint bei der Anomalie in der Regel recht eng zu sein, über die Anordnung der Muskeln in der unteren Beckenöffnung wissen wir nichts, der Sphincter ani ext. fehlt. Die nothwendigen Verunreinigungen geben nicht immer Anlass zur Infektion der Genitalien; bei der Geburt kann leicht Ruptur des Septum eintreten, doch auch wenn dies nicht geschieht, kann durch Dehnung der Muskulatur das Schließvermögen leiden; daher sind tiefe Episiotomien zu machen.

Otto Engström: 2 Fälle von Ausmündung des Mastdarmes in die Scheide (Anus praeternaturalis vaginalis).

Einige Forscher haben das Vorkommen einer Ausmündung des Rectum in die Vagina selbst, oberhalb des Hymen, bestritten. E. sah 2 solcher Fälle, den einen bei einem 4 Wochen alten Mädchen, bei dem statt der normalen Analöffnung nur eine Einsenkung und 1 cm oberhalb des Hymen eine 0,5 cm weite Öffnung in den Mastdarm sich fand. Das Kind starb bald. Der 2. Fall fand sich bei einem 15jährigen Mädchen mit Ausmündung des Rectum an der gewöhnlichen Stelle, doch war die Öffnung hier nur 0,3 cm weit und hatte sehr starre Ränder. 4 cm oberhalb des Hymen lag eine so weite Öffnung in den Darm, dass man bequem den Finger durchführen konnte. **Vogel** (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjährige[r] Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. Sonnabend, den 8. Juni. **1901.**

Inhalt.

I.

(Aus dem hygienischen Institute der Universität Bonn.)

Ein Beitrag zu dem Nachweise von Typhusbacillen in vereiterten Ovariencysten.

Von

Dr. Fritz Engelmann.

Der einwandsfreie Nachweis von Typhusbacillen in vereiterten Eierstockscysten ist, so weit ich die Litteratur übersehe, bis jetzt erst in 4 Fällen gelungen; es sind das die Fälle von Werth (1893), Sudeck (1896), Pit'ha (1897) und Wallgren (1899). Zwei weitere Beobachtungen (Kümmell 1890, Walsberg 1888) gehören wahrscheinlich auch hierher. Es wurde zwar bei diesen das Vorhandensein von Typhusbacillen im Eiter nicht bakteriologisch festgestellt, jedoch spricht der klinische Verlauf, besonders in dem Kümmellschen Falle, sehr dafür.

Ich bin in der Lage, die Zahl dieser Fälle um einen weiteren zu vermehren.

Die Krankengeschichte des betreffenden Falles, der auf der gynäkologischen Station der Bonner Frauenklinik operirt und behandelt wurde, ist kurz folgende:

Am 28. März 1901 wurde die 38jährige Frau K. in die Klinik aufgenommen. Sie war stets gesund gewesen, bis sie im November v. J. an einem Typhus erkrankte, wegen dessen sie 4 Wochen zu Bette lag. Nach der dankenswerthen Mittheilung des behandelnden Arztes soll der Verlauf des Typhus ein wenig charakteristischer gewesen sein. Doch trat die Krankheit endemisch auf, in so fern als 25—30 Personen, die nahe zusammen wohnten und ihr Trinkwasser aus einem gemeinschaftlichen Brunnen bezogen, von der gleichen Erkrankung betroffen wurden. Im Januar d. J. stellte sich bei der Frau ein Recidiv ein: Fieber, Erbrechen, Durchfall, dann ein langes Stadium allgemeiner Mattigkeit und Appetitlosigkeit. Die Pat. nahm in Folge dessen außerordentlich an Körpergewicht ab, trotz sehr reichlicher Ernährung und litt an großen Schwächezuständen. Hierzu kamen heftige, bei Bewegungen attackenweise auftretende Schmerzen und unregelmäßige Blutungen.

In diesem Zustande kam die Pat. zur Aufnahme. Der Aufnahmebefund war folgender: Über mittelgroße Frau von derbem Knochenbau; Muskulatur und Fettpolster sehr schlecht entwickelt; Haut runzelig. Deutliche Zeichen starker Abmagerung. Facies ovarica. Auffallend ist die stark geröthete Zunge. Puls 96; Temperatur 38,5°. Gewicht 49 kg. Lungengrenzen beiderseits ziemlich tief stehend. Herz von Lunge überlagert; 1. Ton an der Mitralis unrein; 2. Pulmonalton accentuirt. Das Abdomen ist durch einen prall elastischen, fluktuirenden Tumor vorgewölbt. Derselbe gehört mehr der rechten Bauchseite an und zeigt rechts oben am Nabel Druckempfindlichkeit. Er überragt den Nabel um 1½ Querfinger, zeigt überall gleiche Konsistenz und ist wenig verschieblich. Die kombinirte Untersuchung ergiebt: Introitus und Vagina weit. Portio ziemlich kurz, Muttermund leicht klaffend. Uterus nicht vergrößert, in stumpfwinkliger Anteflexion. Hinter demselben ein prall elastischer Tumor, der der obenerwähnten Geschwulst entspricht und die Größe eines Uterus gravidus mens. VII hat. Der Tumor ist gesondert vom Uterus zu bewegen. Adnexe sind nicht zu tasten. Die Diagnose wird auf Kystoma ovarii dextri unilocularis mit Stieltorsion gestellt.

Die Operation wurde am 30. März von mir ausgeführt. Sie war einfach und unkomplicirt. Der Verlauf war kurz folgender: Laparotomieschnitt links von der Linea alba. Ein cystischer Tumor mit graugrünlicher Oberfläche liegt vor. Derselbe wird zum Theil hervorgezogen und außerhalb des Abdomens angestochen. Es entleert sich eine gelbliche, dünnflüssige, mit Bröckeln und Haaren untermischte Masse. Hierauf wird ein Stück am Tumor adhärenten Netzes resecirt und der Tumor selbst vollkommen entwickelt, sammt den Tuben abgebunden und entfernt. Da das linke Ovarium kleincystische Degeneration zeigt, werden die linken Adnexe ebenfalls entfernt und schließlich wird der Uterus, zur Verminderung der Gefahr eines Stumpfexsudates, supravaginal amputirt (Adnexoperation nach Fritsch). Nachdem noch der Stumpf mit Peritoneum überkleidet worden ist, wird das Abdomen durch 3fache Etagennaht geschlossen. Kaolin-Kollodium-Heftpflasterverband.

Der Heilungsverlauf war in den beiden ersten Tagen ein glatter. Am 3. Tage stellte sich bei geringer (später nicht wiederkehrender) Temperatursteigerung eine heftige dysenterieartige Enteritis mit profusen blutig-eitrigen Stühlen ein. (Die bakterialogische Untersuchung, die an anderer Stelle veröffentlicht werden wird, ergab den auffallenden Befund eines Bacillus, der dem wahren Erreger der Ruhr [Kruse] stark ähnelte.) Hierdurch kam die Pat. enorm herunter, bis unter entsprechender Therapie am 9. Tage p. operationem die Enteritis zum Stillstande ge-

bracht wurde. Von da ab erholte sich die Pat. außerordentlich schnell. Die Bauchwunde heilte per primam; die Nähte wurden am 12. Tage entfernt. Am Tage der Entlassung ist das Befinden der Pat. ein vorzügliches. Die Wunde ist strichförmig. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt keine abnorme Verdickung oder schmerzempfindliche Resistenz. Beschwerden irgend welcher Art bestehen nicht.

Die entfernte Geschwulst war nach ihrem Inhalte eine Dermoidcyste; der Stiel derselben war einmal gedreht. Ihre Oberfläche war vollkommen glatt. Außer der erwähnten breiten Netzadhäsion fanden sich nirgends Reste alter Darmadhäsionen, wie sich auch bei der Operation nur leichte Verklebungen und keinerlei Adhärenzen gezeigt hatten. Nekrotische Partien in der Cystenwand waren nicht vorhanden. Das Innere der Cyste zeigte mehrere stark injicirte Partien und außerdem die Reste von Scheidewänden des jedenfalls multilokulär angelegten Tumors.

Der Dermoidzapfen erhob sich nur wenig über die Umgebung und war mit einer dicken Talgschicht bedeckt.

Der Inhalt der Cyste bestand aus einer dünnen, gelblich-grünen, mit Bröckeln und Haarkonvoluten untermischten Flüssigkeit. Die Quantität derselben betrug etwa $1^1/_2$—2 Liter.

Die mikroskopische Untersuchung des Inhaltes ergab hauptsächlich Detritusmasse, daneben in Zerfall begriffene weiße Blutkörperchen. Bakterien waren nicht nachzuweisen.

Von dem unter den üblichen Kautelen sofort nach der Operation entnommenen Cysteninhalte wurden alsbald Kulturen auf Glycerinagarplatten angelegt.

Die in Reinkultur gewachsenen Bakterien wurden am anderen Tage auf weitere Nährböden übertragen.

Die Untersuchung der Bacillen im hängenden Tropfen ergab: mittelgroße Stäbchen mit abgerundeten Ecken und von lebhaftester Eigenbewegung. Vielfach zeigen dieselben an ihren Enden glänzende Polkörner.

Die Stäbchen färben sich nicht nach Gram.

Sie verhalten sich auf den verschiedenen Nährböden wie folgt,

Agarplatte: Unregelmäßige, rundliche, glänzende, weißliche: etwas erhabene Kolonien.

Gelatineplatte: Sehr langsames Wachsthum. Nach 4—5 Tagen: Schwach gefärbte, grau-gelbliche, durchscheinende Kolonien mit unregelmäßigem Rande.

Gelatinestich: Fadenförmig, schwach gekörnt, von weißlichgrauer Farbe; nicht verflüssigend.

Zuckeragarstich: Fadenförmig, gekörnt; nicht gasbildend.

Milchkultur: Nicht coagulirend.

Kartoffelkultur: Zarte, feuchte, fast unsichtbare Membran; nicht zu unterscheiden von Parallelkulturen wahrer Typhusbacillen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt üppiges Wachsthum.

Nachdem so durch den positiven Ausfall des Kulturverfahrens die Diagnose Typhusbacillen sehr wahrscheinlich gemacht war, wurde sie vollkommen gesichert durch die Serumprobe (Agglutinationsprobe).

Dieselbe ergab, dass das Blutserum eines mit Typhus inficirten Kaninchens noch in einer Verdünnung von 1 : 1200 eine 24 Stunden alte Bouillonkultur des Dermoidcystenbacillus agglutinirte. Bei einem Kontrollversuche mit Typhusbacillen des Institutes wurden dieselben bis zu 1 : 2000 agglutinirt.

Das Agglutinationsvermögen des Blutes der Pat. wurde ebenfalls geprüft. Es zeigte sich, dass das Blutserum derselben in einer Verdünnung von 1 : 100 Typhusbacillen gut, in einer solchen von 1 : 50 die Dermoidcystenbacillen sehr gut agglutinirte.

Schließlich wurde noch ein Kaninchen mit dem fraglichen Bacillus inficirt, und zwar in der Weise, dass ihm zuerst 5 ccm einer eintägigen Bouillonkultur und 8 Tage später nochmals die doppelte Dosis subkutan injicirt wurde. Das Resultat der Agglutinationsprobe war dieses, dass 3 Wochen nach der 1. Injektion das Blutserum des Kaninchens sowohl den Cystenbacillus als auch den Typhusbacillus noch in einer Verdünnung von 1 : 1250 agglutinirte.

Sämmtliche Versuche wurden von Herrn Prof. Kruse kontrollirt und zum Theil nachgeprüft. Es ist mir dies eine willkommene Gelegenheit, Herrn Prof. Kruse dafür so wie für seine sonstige vielfache Unterweisung und Unterstützung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Es unterliegt somit keinem Zweifel, dass der in der Dermoidcyste in Reinkultur vorgefundene und aus derselben gezüchtete Bacillus mit dem Eberth-Gaffky'schen Typhusbacillus identisch ist.

Hier drängen sich uns 2 wichtige Fragen auf: 1) Auf welchem Wege sind die Bakterien in die Cyste gelangt? und 2) Sind die Typhusbacillen im vorliegenden Falle Ursache der Eiterung bezw. besitzen dieselben überhaupt pyogene Eigenschaft?

Pfannenstiel äußert in dem Veit'schen Handbuche die Meinung, dass die Infektion der Ovariencysten meist durch die Tuben oder den Darm erfolge; »letzteres wohl ausschließlich, nachdem bereits durch andere Ursache (Stieltorsion) Verwachsungen mit — wenn auch nur vorübergehender — Schädigung der Darmwand stattgefunden haben. Am seltensten werden die Entzündungserreger durch das Blut in die Geschwulst transportirt nach infektiösen Allgemeinerkrankungen (Typhus, Puerperalfieber).«

Olshausen ist ebenfalls der Meinung, dass Verjauchung von cystischen Ovarialneubildungen am häufigsten dadurch zu Stande käme, dass Mikroorganismen vom Darme aus in den Cysteninhalt einwandern.

Dass dieser Infektionsweg sogar die Regel bilde, glaubt Menge auf Grund von mehreren, bakteriologisch genau untersuchten Fällen; bei diesen waren allerdings auch stets ausgedehnte Verwachsungen

der Cyste mit den Därmen gefunden worden. Die Möglichkeit, dass gelegentlich auch aus dem Blute infektiöse Mikroorganismen in den Inhalt der Neubildungen übertreten, will Menge nicht ganz bestreiten.

Martin konnte es sogar in einem Falle beweisen, dass die Infektion einer Cyste direkt vom Darme her stattgefunden hatte. Er fand nämlich eine flächenhafte, feste Adhäsion der Cyste mit dem Darme, die ganz von Bact. coli durchsetzt war.

Von den Autoren der oben erwähnten Fälle äußern sich Werth und Sudeck nicht bestimmt über den Weg, auf dem nach ihrer Ansicht die Infektion zu Stande gekommen sein könnte. Werth fand in seinem Falle starke Verwachsungen, Sudeck solche von geringerer Ausdehnung. Jedoch nach den Analogieschlüssen zu urtheilen, die die beiden Autoren ziehen, scheinen sie eine metastatische Verbreitung anzunehmen. Wallgren sagt direkt: »Die Bacillen waren durch das Blut der Cyste zugeführt worden — ein anderer Weg für das Eindringen derselben ist kaum denkbar.« In Wallgren's Falle waren nur geringe Adhäsionen vorhanden gewesen. Ähnlich spricht sich Pit'ha aus.

In meinem Falle fanden sich keinerlei Adhärenzen der Cyste mit den Därmen, nur ganz geringe Verklebungen. Die Cystenwand war überall glatt und zeigte auch nirgends Reste von Verwachsungen. **Es scheint mir demnach für diesen und ähnlich gelagerte Fälle außer Zweifel und auch mit keiner sonstigen Beobachtung in Widerspruch stehend, dass die Infektion auf dem Blutwege stattgefunden hat bezw. stattfindet.** Ich befinde mich mit dieser Ansicht in Übereinstimmung mit Fritsch.

Dass die Typhusbacillen häufig im Blute der Pat. kreisen, ist gerade in neuerer Zeit mehrfach nachgewiesen worden; sind sie im Blute, so können sie auch in die Cyste kommen. In den Roseolen der Typhuskranken hat man ja schon früher Typhusbakterien gefunden. Durch verbesserte Kulturverfahren ist der Nachweis der Bakterien im Blute, das einer beliebigen Körperstelle entnommen ist, neuerdings mehrfach gelungen (vgl. darüber die Zusammenstellung von Castellani, l. c., der z. B. unter 14 untersuchten Fällen 12mal positive Resultate erzielte). Auf andere Weise als mit der Annahme einer metastatischen Verbreitung der Bakterien sind ja auch die analogen Fälle von posttyphöser Eiterung in den verschiedensten Organen des Körpers gar nicht zu erklären. Solche Eiterungen sind beobachtet in der Lunge, den Lymphdrüsen, dem Bauchfelle, der Schilddrüse, den Hoden, der Gallenblase, den Gelenken und vielfach in den Knochen (Loew, Pakaki und Werner, Miller, Swain, Schmidt, Bruni, Bruhl, Ferret u. A.).

Ist nun aber auch in diesen Fällen der Typhusbacillus der eigentliche Erreger der Eiterung?

»Die Frage, ob dem Typhusbacillus pyogene Eigenschaften zuzuschreiben seien oder nicht, ist bislang eine unentschiedene« —

konnte Sudeck noch im Jahre 1896 schreiben. Er konnte sich dabei auf die Thatsache stützen, dass es ihm gelang, in seinem Falle in der pyogenen Membran der Cyste Diplokokken nachzuweisen, die er als die eigentlichen Erreger der Eiterung ansprach. Allerdings fand eine weitere kulturelle Prüfung derselben nicht statt, und aus dem Cysteninhalte konnten dieselben nicht gezüchtet werden. Sudeck sieht danach diesen Fall als einen weiteren Beweis für die von Fränkel und Baumgarten vertretene Ansicht an, dass der Typhusbacillus pyogene Eigenschaften nicht besitzt, dass die Eiterung in solchen Fällen auf Mischinfektion beruht, und dass in den Fällen, wo keine 2. Bakterienart nachgewiesen wird, eine sekundäre Überwucherung durch Typhusbacillen oder die Unzulänglichkeit der bakteriologischen Untersuchungsmethoden die Ursache dafür ist.

Seitdem ist es häufig gelungen, die pyogene Eigenschaft der Typhusbacillen experimentell einwandsfrei nachzuweisen. Kruse stellt in dem Flügge'schen Handbuche eine ganze Reihe solcher Fälle, fremde und eigene Beobachtungen, zusammen. Nach diesem Autor unterliegt es keinem Zweifel mehr, dass der Typhusbacillus allein im Stande ist, eitrige Entzündungen zu verursachen. Dafür sprechen auch die Fälle von Werth und Pit'ha, die den Typhusbacillus in Reinkultur fanden; eben so der vorliegende Fall. In diesem wurde jedenfalls die Infektion durch die vorangegangene Stieldrehung begünstigt, vielleicht sogar erst möglich gemacht. Außerdem kam noch hinzu, dass es sich um eine Dermoidcyste handelte, deren specifischer Inhalt besonders günstige Bedingungen für die Ansiedlung von Bakterien bietet, worauf Werth aufmerksam gemacht hat.

Es ist also als feststehende Thatsache zu betrachten, dass experimentell durch Typhusbacillen lokale Eiterungen erzeugt werden können. Es erscheint mir danach gezwungen, für die Fälle von posttyphöser Eiterung, bei denen nur eine Art von Bacillen gefunden worden ist, den ursächlichen Zusammenhang leugnen und für die Ätiologie der Eiterung Hypothesen aufstellen zu wollen. Ich glaube desshalb, dass der vorliegende Fall als ein weiterer Beweis für die pyogene Eigenschaft des Typhusbacillus anzusehen ist.

Litteratur:

Bruhl, ref. Centralblatt für innere Medicin 1897. p. 389.
Bruni, ref. Centralblatt für innere Medicin 1897. p. 388.
Castellani, Sul reperto del bacillo tifico nel sangue. Riforma med. Bd. XVI. No. 8—9.
Ferret, ref. Centralblatt für innere Medicin 1897. p. 390.
Flügge, Mikroorganismen 1896.
Kruse, cf. Flügge.
Kümmell, Centralblatt für Gynäkologie 1890. p. 81.
Martin, Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierstöcke 1899.
Menge und Krönig, Die Bakterien des weiblichen Genitalkanals 1897.
Miller, ref. Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 10. p. 318.
Loew, Wiener klin. Wochenschrift 1897. No. 51.
Olshausen, Krankheiten der Ovarien.

Pfannenstiel, Erkrankungen der Eierstöcke, Veit's Handbuch Bd. III.
Pit'ha, Centralblatt für Gynäkologie 1897. p. 1109.
Pakaki und Werner, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXVII. Hft. 1.
Schmidt, Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 32.
Sudeck, Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 21.
Swain, ref. Centralblatt für Chirurgie 1899. p. 318.
Walsberg, Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 50.
Wallgren, Archiv für Gynäkologie Bd. LIX.
Werth, Deutsche med. Wochenschrift 1893. No. 21.

II.

Fall von Uterus biforis subseptus unicorporeus.

Von

L. Siebourg in Barmen.

Nagel bezeichnet im Handbuche der Gynäkologie von J. Veit die Form des Uterus biforis unicorporeus als eine seltene; und in der That finde ich in der angegebenen Litteratur nur einen Fall, der von Mertens[1] beschrieben ist. Ich theile daher in Folgendem einen von mir beobachteten Fall von Uterus bicollis, biforis, subseptus unicorporeus mit, zumal derselbe noch in anderer Beziehung von Interesse ist.

Ich beobachtete den Entwicklungsfehler zufällig gelegentlich einer Ausschabung, die ich wegen unvollständigen Aborts bei einer kräftigen, großen Dame vorzunehmen hatte. Die Person, 23 Jahre alt, war stets regelmäßig menstruirt und nachweislich und bewusst sonst ohne Fehler. Auch bei Eltern und Geschwistern war kein Entwicklungsfehler bekannt. Nachdem in Narkose das Speculum eineingelegt ist, bin ich erstaunt, eine vollständig intakte Portio mit jungfräulichem Orificium ext. anzuhaken. Als ich jedoch die Zange nach vorn meiner Wärterin übergebe, erscheint hinter dieser Portio ein zweiter, breiter, gerötheter Muttermund, durch welchen augenscheinlich der Abort stattgefunden hatte. Ich fasse nun die hintere, dritte, ebenfalls gut ausgebildete Muttermundslippe mit einer 2. Zange und führe durch den breiten Muttermund einen Katheter in den Uterus. Das Mittelstück bildete den hinteren bezw. vorderen Theil eines Collum und eine hintere bezw. vordere Muttermundslippe. In das vordere runde Orificium führe ich eine Sonde ein, die jedoch bald auf den metallenen Katheter stößt. Mittels Katheter, Curette und Touchiren überzeuge ich mich, dass nur ein Uteruskörper, nur ein Uteruscavum vorhanden ist, während der Cervixkanal zu $^2/_3$ durch ein transversales Septum getheilt ist. Es war also entsprechend dem Orificium ext. ein vorderer und hinterer Cervixkanal vorhanden.

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1894.

Bei der Länge des Septums (etwa $1^1/_2$ cm) ist eine einfache Verwachsung auszuschließen, und ist anzunehmen, dass die Müller-schen Gänge in diesem Theile um einen rechten Winkel gedreht, in sagittaler Richtung gelagert, sich getrennt weiter entwickelt haben. Solche Verlagerungen der Müller'schen Gänge sind ja häufiger beobachtet. Ich erwähne hier nur den Fall von v. Guérard[2], wo die beiden Colla in schräger Richtung vor einander lagen — die Drehung betrug nicht ganz einen rechten Winkel — und die Scheide durch ein transversales Septum getheilt war.

In meinem Falle suchte ich nun weiter danach, ob die Müller-schen Gänge auch in ihrer weiteren Ausdehnung an der Verlagerung theilgenommen hätten. Dem war scheinbar nicht so. Das einfach vorhandene Uteruscavum war in normaler Weise angelegt: der längste Durchmesser in transversaler, der kurze in medianer Richtung. Die Adnexa lagen lateral, nicht vorn bezw. hinten; kurz, der Uterus lag nicht auf der Seite. Es war auch keine Furche am Uterus zu fühlen.

Bei einer einfachen Scheide, wie in dem von mir beobachteten Falle, lässt sich eine stattgefundene Drehung der Gänge wohl nicht feststellen. Jedenfalls faltete sie sich in der bekannten H-form, wobei der Querstrich transversal lag. Die Anordnung der Schleimhautfalten war ebenfalls die regelmäßige.

Ein Geburtshindernis kann durch obigen Fehler wohl nicht eintreten. Es fragt sich, ob bei einem normalen Partus das Septum erhalten bleibt, und welcher Muttermund als Geburtsweg dienen wird.

Nach obiger Beschreibung halte ich den Fall für ein Beispiel der Form G Gruppe II nach Eintheilung von Nagel.

III.

Zur Kasuistik der puerperalen Uterusinversionen.

Von

Cand. med. **K. Schumacher** in Mannheim.

Aus der Praxis des Herrn Med.-Rath Dr. Mermann in Mannheim ist über einen Fall spontaner und totaler Inversio uteri puerperalis zu berichten, die unter den Augen des Arztes vor sich ging. Derselbe überwachte sowohl die Geburt, als auch die Nachgeburtsperiode und überzeugte sich dabei, dass nicht das Geringste geschehen war, was eine auf äußere Ursachen zurückzuführende Inversion hätte veranlassen können.

Es handelte sich um eine 22jährige Primipara von etwas über mittelgroßer Figur, gut entwickelt, mit normalem Becken, die in guten Verhältnissen lebt. Die Gravidität wie die Geburt verliefen ganz normal; letztere dauerte gegen 12 Stunden, von denen etwa 2 auf die Austreibungsperiode kamen, unter stürmischen Wehen und regelmäßigen Wehenpausen. Blase und Rectum waren leer.

---

[2] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VII.

Die Geburt eines ca. 3000 g schweren, ausgetragenen Kindes erfolgte spontan in II. Schädellage. Nach der Geburt trat keine Blutung auf und klagte die Frau auch nicht über Schmerzen. Als etwa 20 Minuten post partum die bei der Geburt beschäftigte Schwester den Stand der Gebärmutter kontrolliren wollte, theilte sie dem Arzte sofort mit, dass sie den Uterus nicht fühle. Als der Arzt nun untersuchte, fand er Corpus und Fundus uteri auffallend tiefstehend; der Fundus war kaum über der Symphyse zu fühlen.

Es wurde nun von außen kein Druck ausgeübt, nur ließ, auf Anrathen des Arztes, die Pat. mäßig stark die Bauchpresse wirken. Hierbei trat plötzlich, ohne dass am Nabelstrange gezogen und ohne dass vom Arzte ein äußerer Druck angewandt worden wäre, der Uterus zu den Genitalien heraus und lag total prolabirt und total invertirt zwischen den Schenkeln der Frau. An der Fundusfläche saß breit und das rechte Tubenende überdeckend die Placenta. Gleichzeitig trat eine starke, profuse Blutung ein, die in kaum 2 Minuten die Pat. zur äußersten Anämie brachte. Es wurde nun sofort die nur lose der Uteruswand aufsitzende Placenta gelöst und die manuelle Reinversion des Uterus versucht. Da diese jedoch nicht gelang und die Frau die schwersten Erscheinungen der äußersten Blutleere zeigte — sie war schon ganz pulslos und zeigte Collapsanfälle —, wurde der prolabirte Uterus, invertirt wie er war, in die Beckenhöhle reponirt und die Scheide so stark, als nur möglich war, mit Wattetampons ausgefüllt. Daraufhin stand die Blutung nahezu, und Pat. erhielt nun viel Flüssigkeit und Excitantien. Nach etwa 4 Stunden wurde in leichter Narkose wiederum die manuelle Reinversion versucht, die jetzt auch sehr leicht gelang, indem mit dem Finger eine Delle in den invertirten Fundus uteri gemacht und auf diese Weise allmählich der ganze Uterus reinvertirt wurde.

Das Wochenbett verlief in normaler Weise, mit Ausnahme einiger geringen Temperatursteigerungen in den ersten Tagen post partum. Die Frau erholte sich dagegen erst im Laufe von 5 Wochen einigermaßen von ihrer schweren Anämie. Eine innere Untersuchung etwa 3 Wochen nach der Geburt ergab fast normale Größe und Konsistenz der Gebärmutter, die in starker Retroversionsstellung lag, und weder an dieser, noch an den Adnexen war etwas zu finden, worauf sich die Inversion hätte zurückführen lassen.

Bei diesem Falle ist zu beachten, dass nach der Geburt des Kindes auf den Uterus weder durch Massage, noch durch Druck irgend wie eingewirkt wurde. Entbunden wurde die Frau von einer zuverlässigen, in der Wochenpflege gut ausgebildeten Schwester; außerdem beobachtete, wie schon oben erwähnt, der Arzt die ganze Geburt, und es fanden durchaus keine äußeren Eingriffe statt, die eine Inversion hätten veranlassen können. Die Nabelschnur war von normaler Länge und nicht um Kindestheile geschlungen. In der Ätiologie dieser totalen Inversio puerperalis finden sich also absolut keine von außen wirkenden Momente; eine violente Inversion, eine Inversion in Folge äußerer Einwirkungen ist vollkommen ausgeschlossen. Die Inversion ist vielmehr als vollständig spontan entstanden zu betrachten. Dieser Fall ist somit ein neuer Beweis für das Auftreten spontaner Inversionen in puerperio, er ist geradezu typisch dafür. Betreffs der diesbezüglichen Litteratur sei auf die Arbeit Beckmann's (Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe Bd. XXXI p. 371) und auf das Lehrbuch der Geburtshilfe von Olshausen-Veit (p. 785) hingewiesen.

IV.

Über eine neue operative Behandlungsmethode der Dysmenorrhoe bei kongenitaler Anteflexio uteri.

Von
Th. Alexandroff,
Privatdocent an der Kaiserl. Universität in Moskau.

Beschwerden über Schmerzen während der Menstruation sind bei Weibern eine häufige Erscheinung, und die Feststellung ihres Entstehungsortes ist für den Gynäkologen mitunter eine schwierige Aufgabe. Der äußerst verschiedenartige Charakter der Schmerzen und die großen Schwankungen in der Zeit ihres Auftretens verundeutlichen das Krankheitsbild und die Ätiologie oft sehr wesentlich. Schon die Winter'sche Eintheilung der Dysmenorrhoe in ovariale, tubare, uterine und nervöse zeigt deutlich, wie schwer es ist, sich in dem Wirrsal der diesem Leiden zu Grunde liegenden Ursachen zurecht zu finden. Dabei ist zu bemerken, dass eine Kombination dieser Krankheitsformen keineswegs auszuschließen ist, wodurch dann selbstredend der Symptomenkomplex sich noch viel bunter gestalten kann. Die Schwierigkeit wird noch größer dadurch, dass durchaus nicht immer objektive Hinweise vorliegen. Nur eine der genannten Formen, und auch die nur bis zu einem gewissen Grade, findet in der anatomischen Struktur des Organs ihren Ausdruck und bietet desshalb auch für die Therapie eine sichere Grundlage — das ist die Dysmenorrhoea uterina, bei welcher als Ursache meist Stenose des inneren Muttermundes nachweisbar ist, mithin ein rein mechanisches Hindernis für den Abgang des Blutes aus der Gebärmutter besteht; die Stenose bildet sich hier entweder in Folge einer Knickung des Uterus nach der einen oder anderen Seite oder als Resultat einer entzündlichen Verdickung seiner Schleimhaut. In beiden Fällen kommt es zu wehenartigen Schmerzen, welche in die Inguinal- und Rückengegend ausstrahlen.

Wir wollen von einer Aufzählung der üblichen Behandlungsmethoden zur Beseitigung dieses Symptoms bei den verschiedenen Leiden absehen; es soll hier nur die kongenitale Anteflexio uteri berücksichtigt werden, welche gewissermaßen als Ausdruck einer sexuellen Entwicklungshemmung beim Weibe aufzufassen ist und als schwerste Symptome Dysmenorrhoe und Unfruchtbarkeit im Gefolge hat. Dabei ist zu bemerken, dass gerade hier, bei konstant wirkender mechanischer Ursache, im Laufe der Zeit die kombinirten Formen von Dysmenorrhoe auftreten, von denen oben die Rede war, wobei schließlich auch der Erfolg der Behandlung ein problematischer wird.

Unter den zur Beseitigung dieses Leidens vorgeschlagenen operativen Eingriffen verdienen die Simpson'sche Hysterotomie, ferner die von Sims angewandte Modifikation derselben, bei welcher statt der lateralen Einschnitte des Cervicalkanales die ganze hintere Lippe bis zum inneren Muttermunde durchtrennt und dann Pessarien eingeführt werden, einer Erwähnung. Dudley wandte Umnähung der Schnittränder an, wodurch einem Verwachsen derselben nach der Operation vorgebeugt wurde.

Da jedoch die Resultate dieser Operationen noch keineswegs zufriedenstellend waren, empfahl Thiriar, die Anteflexio durch Laparotomie, Ausschneiden eines Querlappens und Vernähen der Wundränder an der hinteren Uteruswand in der Höhe der Knickung radikal zu beseitigen.

So stand die Frage bis zum Jahre 1898, als Defontaine zuerst seine sphinkterielle Hysterotomie — Durchtrennung des Halses vorn in der Mittellinie mitsammt seiner inneren Öffnung — in Vorschlag brachte. Autor stellte für diese Operation viele Indikationen auf, bewies jedoch selbst ihre Unzulänglichkeit in Fällen von Dysmenorrhoe ex anteflexione durch den Hinweis, dass in derartigen Fällen nach der Operation auf eine Erhaltung der Konceptionsfähigkeit nicht reflektirt werden darf. Die von Nourse vorgeschlagene Operation, wobei der Hals bis zu den Gewölben und der verengerten Stelle durchschnitten und über der Sonde das Organ in normale Lage gebracht wird, worauf dann die durchtrennten Theile wieder vernäht werden, bietet gegen die vorhergenannten keinerlei Vorzüge. Die Gubaroff'sche Modifikation ist noch weniger stichhaltig, da er das wesentlichste Moment der Operation — die Durchtrennung des Sphinkters am inneren Muttermunde — gar nicht ausführt, sondern den letzteren bloß dehnt, wobei nur der Hals durchschnitten und hernach vernäht wird; damit wird dann auch die Knickung keineswegs beseitigt.

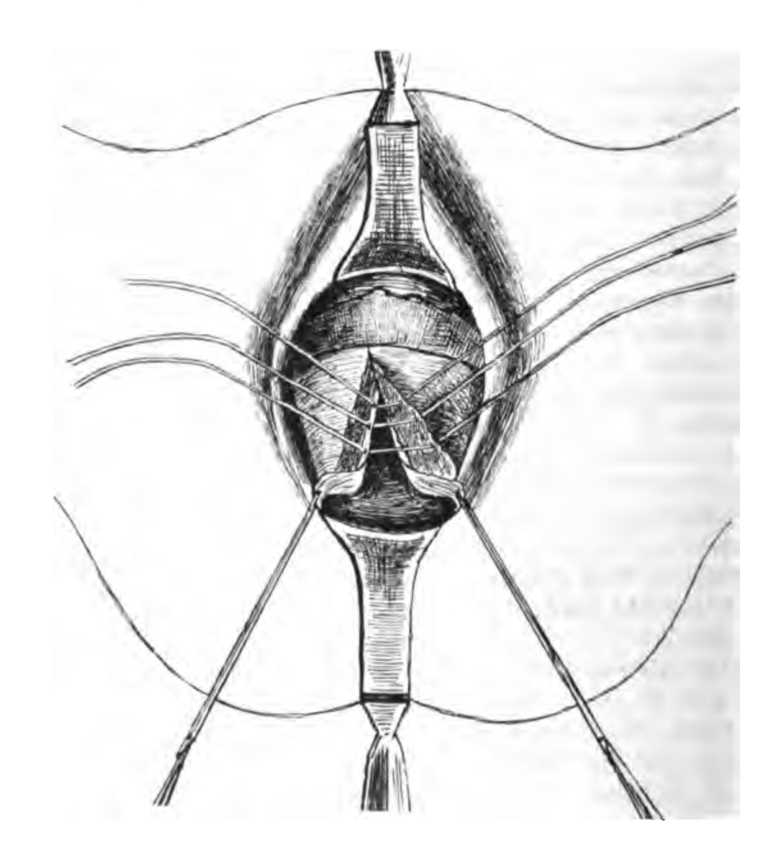
In allerletzter Zeit modificirte Sneguireff die Operation Defontaine's in dem Sinne, dass nicht die ganze vordere Wand des Uterushalses durchschnitten, sondern mit einem eigens konstruirten Metrotom nur ein Theil derselben mit dem Sphinkter zusammen gespalten und dann ein Jodoformgazestreifen eingeführt wird. Doch ist schwerlich auch von dieser Modifikation dauernder Erfolg zu erhoffen, da bei diesem Schnitte die Bedingungen für das Zustandekommen eines spontanen totalen Verschlusses noch viel günstiger liegen, als bei der Operation nach Sims.

Unter genannten Umständen kamen wir auf den Gedanken, die Defontaine'sche Operation in anderer Weise zu modificiren, wobei uns als Ausgangspunkt die Überzeugung diente, dass der größte Nachtheil seiner Methode in Folgendem besteht: Bei dieser Operation bleibt die Gebärmutterhöhle offen, und ist somit für nachfolgende Infektion durch pathogene Mikroben, namentlich Gonokokken, Thür und Thor geöffnet. Die Gefahr wird um so größer, als es sich hier

um meist in ihrer Entwicklung zurückgebliebene Geschlechtsapparate handelt, deren Widerstandsfähigkeit an sich schon wesentlich herabgesetzt ist. Daraus resultirte die Nothwendigkeit einer Vernähung dieses Schnittes; es musste nur entschieden werden, wie das zu machen sei, ohne der bei Durchtrennung des Sphinkters erzielten Vortheile verlustig zu gehen.

Unsere Methode besteht in Folgendem:

Nach sorgfältiger Desinfektion der Scheide mit Sublimatlösung wird die Portio vaginalis mit löffelförmigen Spiegeln bloßgelegt und mit Kugelzangen zu beiden Seiten der Mittellinie erfasst. Dann



wird, nach Ausführung eines halbmondförmigen Einschnittes längs dem äußeren Rande des Gebärmutterhalses, die Schleimhaut der Portio vaginalis vom eigentlichen Stroma, wie bei der Exstirpation, bis an das Orificium internum, dessen Lagerung man mit der Sonde bestimmt, abseparirt. Darauf wird in den Cervicalkanal das Pott'sche Messer eingeführt und mit demselben die Schleimhaut des Kanales, um eine Verletzung des Venengeflechtes zu verhüten, längs der Mittellinie senkrecht durchtrennt, die Muskelschicht dagegen schräg von links nach rechts (s. Abbildung).[1]

Mit diesem Schnitte wird der ganze Cervicalkanal bloßgelegt, wobei seine dunkelrothe, geschwollene Schleimhaut und das rosenrothe Muskelgewebe deutlich zum Vorscheine kommen. In der Mehrzahl der Fälle hebt sich die Mucosa am Schnitte so scharf ab, dass die Unmöglichkeit für dieselbe, im engen Cervicalkanale ganz Platz zu finden, deutlich zu Tage tritt.

Die durchschnittenen Ränder werden jetzt unmittelbar unterhalb des Orificium internum vernäht, wobei der rechte Muskelrand mit dem rechten Mucosarande vereinigt wird. Zuweilen erfasst die obere Naht auch einen Theil des Muskelrandes, während die unteren nur in die geschwollene und ziemlich resistente Schleimhaut eingreifen.

Bei derartiger Vernähung der Schnittränder vergrößert sich der Cervicalkanal um 0,2—0,3 cm, so dass der Erweiterer No. 14 nach Charrière in der Folge leicht eingeführt werden kann. Nach Anlegung von 3—4 Katgutnähten an die Cervicalwand wird die Außenfläche derselben mit der abseparirten Schleimhaut bedeckt, wobei 2 tiefliegende und mehrere oberflächliche Nähte angelegt werden. In den Kanal führt man einen aurundenförmigen Streifen Jodoformgaze ein, die Scheide wird mit sterilisirter Marli fest tamponirt.

Was die Nachbehandlung betrifft, so entfernt man die Tamponstreifen nach 24 Stunden, am 10. Tage werden die Scheidennähte abgenommen, am 12. Tage darf die Pat. das Bett verlassen.

Gegen das Operiren nach unserer Methode kann der Einwand erhoben werden, dass bei solchem Vernähen ein Theil der Wunde vom cylindrischen Epithel unbedeckt bleibt, doch zeigt der Befund nach eingetretener Verheilung, dass dieser Theil sich vollkommen mit Epithel bekleidet; leider haben wir nicht die Möglichkeit, den mikroskopischen Beweis dafür zu liefern, da derartige Fälle nicht zur Untersuchung gekommen sind.

Unser kasuistisches Material besteht bis jetzt aus 10 Fällen; in mehreren derselben waren anlässlich bedeutender Stenose des inneren Muttermundes schon früher theils die Sims'sche Operation, theils Amputation des Halses ausgeführt worden, doch ohne Erfolg. Unsere Operation führte dagegen zu sofortigem Aufhören der dysmenorrhoischen Erscheinungen. In einigen Fällen stellten sich im Laufe etwa eines Jahres keine Recidive ein. Doch ist leider in keinem dieser Fälle bisher Schwangerschaft eingetreten, wesshalb wir unsere Methode auch nicht als vollkommen zweckentsprechend bezeichnen können, so lange es sich nicht herausstellt, dass durch dieselbe außer der Dysmenorrhoe auch dieser Übelstand beseitigt wird.

Neue Bücher.

1) **R. Savor** (Wien). Leitfaden für die Schwangerenuntersuchung.

Wien, **Fr. Deuticke,** 1901.

Obschon die Litteratur durchaus keinen Mangel an derartigen kurzen, im Rahmen des Kompendiums gehaltenen Werken aufweist, muss das vorliegende doch als durchaus zweckentsprechend, präcise, klar und kurz geschrieben empfohlen werden. Es ist zunächst nur für die Wiener Schule berechnet, dürfte aber jedenfalls einen weiteren Leserkreis finden. Die in den Text eingefügten Abbildungen sind anschaulich und gut. **Stoeckel** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

493. Sitzung am 21. Januar 1901.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Krönig spricht über die Indikationsstellung zu operativen Eingriffen beim engen Becken[1].

K. berichtet unter Zugrundelegung der in den Jahren 1891—99 an der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig beobachteten Geburten beim engen Becken über die erzielten Resultate und bespricht die Indikationsstellung, welche zur Zeit bei den einzelnen Operationen eingehalten wird. Er fasst am Schlusse seine Ansichten in folgende Sätze zusammen:

Bei der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen wegen engen Beckens empfiehlt es sich, die Beckenverengerungen I. und II. Grades der Litzmann'schen Eintheilung, d. h. die Becken mit einer Conj. vera über 7 cm bei den mehr im geraden Durchmesser verengten Becken (platten und plattrachitischen) und $7\frac{1}{2}$ cm bei den mehr allgemein verengten Becken (mit oder ohne ausgesprochene Rachitis), gemeinschaftlich zu besprechen.

Bei diesen Beckenverengerungen soll, da die Möglichkeit der Spontangeburt eines ausgetragenen Kindes in jedem Falle gegeben ist, ein operativer Eingriff während der Schwangerschaft (künstliche Unterbrechung derselben) nicht ausgeführt werden; am Ende der Schwangerschaft soll erst dann operativ vorgegangen werden, wenn eine längere Beobachtung des Geburtsverlaufes mit größter Wahrscheinlichkeit einen günstigen Ablauf für Mutter und Kind bei spontaner Geburt ausschließt. Wir sollen daher bei diesen Beckenverengerungen dann operativ eingreifen, wenn — eine günstige Einstellung des nicht abnorm großen kindlichen Kopfes vorausgesetzt — trotz anhaltender kräftiger Wehen nach dem Blasensprunge der kindliche Kopf nicht durch den Beckeneingangsring durchtritt; dabei soll aber im Allgemeinen nicht so lange gewartet werden, bis Mutter oder Kind schon in Gefahr gekommen sind.

Hat die Beobachtung des Geburtsverlaufes in uns die Überzeugung gefestigt, dass die spontane Geburt des Kindes nicht möglich ist, so kommen als Operationen der Wahl zur Zeit nur die Symphyseotomie und der bedingte Kaiserschnitt in Frage. Beide Operationen geben zur Zeit Resultate, die uns veranlassen

[1] Die Arbeit ist inzwischen als Monographie erschienen unter dem Titel »Die Therapie beim engen Becken«, Leipzig, Verlag von Arthur Georgi, 1901.

müssen, der Frau diese Operationen zu Gunsten des Kindes vorzuschlagen. Ist durch zu langes Abwarten bei diesen Beckenverengerungen eine Gefahr für Mutter oder Kind schon eingetreten, so soll nach unserer Überzeugung im Gegensatze zu der Ansicht von Varnier die Symphyseotomie und der Kaiserschnitt abgelehnt werden.

Beide Operationen stellen zu große Eingriffe dar, als dass sie zur Rettung eines schon gefährdeten Kindes gemacht werden dürften, welches vielleicht, selbst wenn es lebend entwickelt ist, bald post partum an den Folgen der Entbindung stirbt. Hier empfiehlt es sich, die nächste Schwangerschaft abzuwarten, um dann vielleicht unter günstigeren Bedingungen die Operation auszuführen.

Bei eingetretener Gefährdung der Mutter, sei es, dass Fieber bei der Mutter intra partum eingetreten ist, oder zersetztes Fruchtwasser abgeht, oder sonst die Zeichen einer eingetretenen puerperalen Infektion vorliegen, ist der konservative Kaiserschnitt und auch der Porro-Kaiserschnitt auf das Strengste kontraindicirt wegen der Gefahr der Infektion der Peritonealhöhle. Eine Symphyseotomie ließe sich mit Varnier allenfalls noch rechtfertigen, doch stehen wir nach dem früher Gesagten hier auch von der Symphyseotomie ab und bevorzugen die Kranioklasie des Kindes.

Es ist zu widerrathen, vor der Ausführung der Symphyseotomie oder des Kaiserschnittes einen Versuch mit der hohen Zange zu machen, um das Kind event. mit der hohen Zange noch durch den Beckeneingangsring hindurchzuziehen. Man setzt in ganz unnöthiger Weise Mutter und vor Allem das Kind in Gefahr und stört oft die günstige Einstellung des Kopfes und damit den weiteren spontanen Geburtsverlauf nach Spaltung der Symphyse. Einige Misserfolge bei den von uns angeführten Symphyseotomien sind entschieden auf den präventiven Zangenversuch zurückzuführen.

So beherzigenswerth der Vorschlag von Fritsch auch ist, vor der Symphyseotomie in Walcher'scher Hängelage zu versuchen, in tiefer Narkose den kindlichen Kopf einzupressen, so glauben wir nach unseren Erfahrungen über die Walcher'sche Hängelage nicht, dass dieses Vorgehen die Indikationsstellung zur Symphyseotomie zu einer präciseren gestaltet. Immerhin kann diese Impression ohne Schaden für den Geburtsmechanismus versucht werden.

Nach ausgeführter Symphysenspaltung soll die spontane Ausstoßung des Kindes, so weit als irgend möglich, abgewartet und nur eingegriffen werden, wenn eine Gefahr von Seiten der Mutter oder des Kindes im weiteren Geburtsverlaufe eintritt. Bei sofortiger Entbindung durch die hohe Zange oder durch die Wendung sind selbst in den Händen geschicktester Geburtshelfer schwerste Verletzungen vorgekommen, welche geeignet sind, die Symphyseotomie als solche zu diskreditiren. Die Symphyseotomie soll eine rein vorbereitende Operation bleiben und an sich nicht die sofortige Entbindung bedingen. Hat der kindliche Kopf erst die Beckeneingangsebene durch die Wehenkraft als solche allein überschritten, so bedingt die etwa nothwendig werdende Extraktion des Kopfes in der Beckenmitte oder im Beckenausgange eine viel geringere Gefahr für die Integrität der mütterlichen Weichtheile. Verletzungen an der vorderen Scheidenwand oder die so gefürchteten Blasenverletzungen lassen sich dann selbst bei Erstgebärenden und hochgradigen Widerständen von Seiten der Weichtheile durch Dammincisionen vermeiden.

Ob die Symphyseotomie den Kaiserschnitt bei bedingter Indikation einschränken wird, bleibt der Zukunft vorbehalten, weil vor der Hand einmal die Zahlen noch nicht groß genug sind, vor Allem aber desswegen, weil zur Zeit die Symphyseotomie gegenüber dem Kaiserschnitte noch nicht als eine in ihrer technischen Ausführung abgeschlossene Operation zu betrachten ist. Die Symphyseotomie stellt an den Arzt höhere Anforderungen in geburtshilflicher und chirurgischer Beziehung, als der Kaiserschnitt. Die Spaltung der Symphyse ist an sich allerdings leicht, aber die weitere chirurgische Behandlung der retrosymphysären Wunde mit ihren lockeren Bindegewebsmaschen bei oft unsicherer Blutstillung aus den kavernösen Geweben der ausgerissenen Corpora cavernosa clitoridis ist keine

leicht zu lösende Aufgabe. Ob diese Wunde primär geschlossen, temporär tamponirt, oder ob ganz offene Wundbehandlung durchgeführt werden soll, ist noch Gegenstand der Erörterung.

Zweifel bevorzugt wegen der unsicheren Blutstillung im Allgemeinen die temporäre Tamponade mit Wundverschluss sofort nach vollendeter Geburt. Nach ausgeführter Symphyseotomie erfordert die weitere Geburtsleitung bei dem von Morisani und Zweifel gehandhabten abwartenden Verfahren die beständige Anwesenheit eines Geburtshelfers.

Die Symphyseotomie dankt aber diese größere Mühewaltung im Gegensatze zum Kaiserschnitte dadurch, dass einmal keine Hernien entstehen, vor Allem aber dadurch, dass nach einmaliger ausgeführter Symphyseotomie die nachfolgenden Geburten, wahrscheinlich in Folge der Dehnungsfähigkeit der intrasymphysären Narbe oft spontan verlaufen. Dies darf jetzt, nach Beobachtungen von so vielen Seiten, als gesichert betrachtet werden. Zu Ungunsten der Symphyseotomie wird die oft längere klinische Verpflegungszeit und die manchmal länger anhaltende Störung in der Blasenfunktion und Gehfähigkeit unumwunden zugegeben. Da aber nach den Beobachtungen von Abel alle in der Leipziger Klinik symphyseotomirten Frauen wieder ihre volle Arbeitsfähigkeit erreicht haben, so wäre es sehr zu bedauern, wenn durch das absprechende Urtheil mancher Geburtshelfer die Weiterverbreitung der Symphyseotomie gehindert würde, zumal da sie erst in ihrer technischen Ausführung den Werdeprocess durchmacht.

Hat sich das Kind in Quer- oder Beckenendlage zur Geburt gestellt, so soll bei den Beckenverengerungen über 7 bis 7,5 cm Conj. vera die Symphyseotomie und der Kaiserschnitt bei Erst- und Mehrgebärenden im Allgemeinen nicht ausgeführt werden, weil uns hier die Beobachtung des Geburtsverlaufes fehlt zur Erkennung, ob das Missverhältnis zwischen Kind und Becken ein solches ist, dass es der Wehenkraft nicht gelingt, das Kind spontan auszustoßen. Es käme diese Operation bei Beckenend- und Querlage nur in Frage, wenn die äußere Wendung auf den Kopf gelungen wäre und die Geburt in Kopflage weiter fortschritte.

Aus unserer Zusammenstellung kommen wir zu dem Schlusse, dass die künstliche Frühgeburt, die prophylaktische Wendung und die Zange an über dem Beckeneingangsringe stehendem kindlichen Kopfe nicht im Stande sind, die Prognose für Mutter oder Kind beim engen Becken zu bessern. Wir stellen uns hiermit ganz auf den von Pinard[2] vertretenen Standpunkt.

Die Kraniotomie oder die Kraniokephaloklasie des lebenden Kindes soll bei engem Becken auf die Fälle beschränkt bleiben, wo im Verlaufe der Geburt eine Gefahr der Mutter schon eingetreten ist, oder wo wegen ungünstiger äußerer Verhältnisse eine Durchführung der Symphyseotomie oder des Kaiserschnittes unangängig ist. Die Anlegung der hohen Zange vor Ausführung der Kraniotomie ist bei bestehendem Missverhältnisse zwischen Kopf und Becken und Quetschungserscheinungen der mütterlichen Weichtheile am besten ganz zu unterlassen, weil hierdurch meistens nur in unnöthiger Weise die mütterlichen Weichtheile gefährdet werden, ohne dass ein Erfolg von dieser Maßnahme zu erwarten ist.

Bei den günstigen Resultaten der Symphyseotomie und des Kaiserschnittes und bei der geringen Differenz in der Mortalität der Mutter bei diesen Operationen und der Kraniokephaloklasie kann der Mutter bei lebendem Kinde nicht ohne Weiteres das Recht zuerkannt werden, die letztere Operation an Stelle der Symphyseotomie und des Kaiserschnittes zu verlangen. Es bleibt dem Arzte vorbehalten, welche Operation er im konkreten Falle für richtig erachtet. Das Recht des Kindes auf Leben muss berücksichtigt werden.

Die Kraniokephaloklasie bei todtem Kinde soll ausgeführt werden, wenn bei engem Becken die Beobachtung des Geburtsverlaufes ergiebt, dass größere Widerstände sich dem vordrängenden kindlichen Kopfe entgegenstellen. Diese Operation bedarf einer etwas weitergehenden Anwendung. Ist bei abgestorbenem Kinde

---

[2] Pinard, Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique 3. Session. Amsterdam, 8.—12. Août 1899. Paris, G. Steinheil, 1899. p. 27.

gleichzeitig eine Zersetzung des Fruchtwassers eingetreten, bezw. Fieber der Mutter intra partum, so muss, wenn eben angängig, so schnell als möglich die Kraniokephaloklasie und Extraktion des todten Kindes ausgeführt werden wegen der möglichen Gefahr, dass das Kind vor erfolgtem Tode zersetztes Fruchtwasser aspirirt hat und dann eine faulige Zersetzung im Kadaver des Kindes mit Emphysembildung eintritt.

Bei einer Verengerung mit einer Conj. vera unter 7 cm beim platten und 7½ cm beim allgemein verengten Becken ist eine spontane Geburt eines ausgetragenen Kindes nicht mehr zu erwarten.

Bei lebendem Kinde und nicht gefährdeter Mutter kommen auch hier als Operationen der Wahl die Symphyseotomie und der Kaiserschnitt in Frage; doch giebt hier die Symphyseotomie nur dann noch günstige Resultate für Mutter und Kind, wenn sich die Conj. diag. im Allgemeinen nicht unter 8,5 cm hält.

Ist die Mutter in Gefahr, d. h. besteht Fieber oder Zersetzung des Fruchtwassers, bezw. bestehen bedrohliche Erscheinungen von Seiten anderer Organe, vor Allem der Lunge und des Herzens, so soll bis zu einer Conj. vera von wenig unter 6 cm Symphyseotomie und Kaiserschnitt durch die Kranioklasie oder Kraniokephaloklasie ersetzt werden. Auch bei bestehender Eklampsie möchten wir hier nicht den Kaiserschnitt empfehlen, weil die bei der Eklampsie gewöhnlich schon an und für sich bestehende Dyspnoë sich im Wochenbette steigert und in sehr vielen Fällen den Tod der Wöchnerin an katarrhalischer Pneumonie wegen mangelnder Expektoration bedingt; die laparotomirte Frau vermeidet wegen der Schmerzen in der frischen Bauchnarbe ängstlich tiefe Exspirationen.

Bei todtem, ausgetragenem Kinde soll bei sonst erfüllten Vorbedingungen die Kraniokephaloklasie bis zu einer Beckenverengerung von ca. 6 cm Conj. vera ausgeführt werden. Unter einer Conj. vera von ca. 6 cm soll im Allgemeinen bei lebendem und todtem Kinde der Kaiserschnitt ausgeführt werden und zwar zur günstigen Zeit, d. h. am Ende der Eröffnungsperiode vor oder wenigstens bald nach dem Blasensprunge.

II. Herr Bretschneider: Über Perforation und Extraktion mit dem Zweifel'schen Kraniokephaloklast.

B. berichtet über das Resultat von 132 Kraniokephaloklasien, die seit dem Jahre 1896 in der Leipziger Universitäts-Frauenklinik und (seit 1897) in der Poliklinik mit dem Zweifel'schen Instrumente zur Ausführung gekommen sind. Der Zweifel'sche Kraniokephaloklast ist ein dreiblättriges Instrument und gleicht in seiner Konstruktion am meisten dem von Auvard angegebenen, unterscheidet sich aber von letzterem hauptsächlich dadurch, dass es länger und etwas massiver ist und dass das mittlere Blatt desselben, der Kolbenbohrer, durch eine kleine ovale Platte, die sog. Schaltplatte, welche genau dieselbe Dicke besitzt wie der Kolbenbohrer, ersetzt werden kann. Durch die Verlängerung der Entfernung von den Spitzen bis zum Schlosse ist der Vortheil erreicht worden, dass auch bei Perforationen am hochstehenden Kopfe das Schloss außerhalb der Vulva zu liegen kommt und ein Einklemmen von Weichtheilen im Schlosse somit sicher vermieden werden kann. Durch die massivere Konstruktion ist einem event. eintretenden Federn der Hebelarme in genügender Weise vorgebeugt. Das Einfügen der Schaltplatte an Stelle des Kolbenbohrers ermöglicht es, das Instrument nach Art eines geraden Kephalothryptes am nachfolgenden Kopfe anzulegen.

Die Perforationsfrequenz betrug in dem oben genannten Zeitraume 1,83%. Sie erscheint im Vergleiche zu anderen Statistiken auffallend hoch. Der Grund hierfür liegt einmal in der präciseren Indikationsstellung bei moribunden und todten Kindern und dann in der Häufigkeit der Rachitis in Sachsen.

Von den 132 Müttern waren 63 Erstgebärende und 69 Mehrgebärende. Von den 69 Mehrgebärenden hatten 31 bisher nur spontane Geburten durchgemacht, bei den übrigen 38 waren künstliche Entbindungen vorhergegangen.

Bei 82 Müttern waren vor Ausführung der Perforation andere vergebliche Entbindungsversuche vorhergegangen (meist Zangen- oder Wendungsversuche).

Die Beckenmessung ergab folgende Resultate: 51 Kreißende (= 38,64%) hatten ein normales und 81 (= 61,36%) ein pathologisches Becken. Von letzteren sind zu verzeichnen: 37 einfach platte, 23 rachitisch platte (darunter 3 dritten Grades), 16 allgemein verengte, 4 allgemein und rachitisch platte Becken, außerdem noch 1 koxalgisch schräg verengtes und 2 Trichterbecken.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug (im enthirnten Zustande) 3050 g

Bei der Indikationsstellung ist nach folgenden Grundsätzen verfahren worden: Lebensfrische Kinder wurden nur dann perforirt, wenn bei einer dringenden Indikation seitens der Mutter das Kind im unverkleinerten Zustande per vias naturales nicht entwickelt werden konnte und Kaiserschnitt oder Symphyseotomie wegen eingetretener Infektion oder anderer schwieriger Verhältnisse als zu gefährlich für die Mutter angesehen werden musste. Bei moribunden Kindern wurde die Perforation grundsätzlich dem Kaiserschnitte bezw. der Symphyseotomie vorgezogen. Zur Rettung des Kindes wurde vorher noch ein Zangen- bezw. Wendungsversuch gemacht. Bei todten Kindern wurde immer zur Perforation geschritten, so wie die Geburt einigermaßen ins Stocken gerieth, wobei grundsätzlich von jeder anderen Operation, durch die das Kind in unverkleinertem Zustande hätte entwickelt werden können, abgesehen wurde, da die Perforation für das schonendere Verfahren gehalten wird.

In den einzelnen Fällen waren folgende Indikationen gegeben: Eklampsie 21mal, Druckerscheinungen 20mal, drohende Uterusruptur 13mal, Druckerscheinungen sowohl als auch drohende Uterusruptur 6mal, Febris intra partum 20mal, stinkendes Fruchtwasser 10mal, Unmöglichkeit der Kopfentwicklung bei Beckenendlagen wegen engen Beckens 13mal, Stockung der Geburt bei vor längerer Zeit erfolgtem Blasensprunge und todtem Kinde 26mal und komplete Uterusruptur 3mal.

Perforation und Kraniokephaloklasie am nachfolgenden Kopfe kam 13mal zur Ausführung, darunter befindet sich nur ein Todesfall (an Eklampsie).

Nebenverletzungen, die auf Kosten der Kraniokephaloklasie zu setzen sind, waren spärlich und meist nur geringfügiger Natur (Scheiden- bezw. Dammrisse I. und II. Grades).

Das Wochenbett war in 80 Fällen normal = 60,61%,
» 38 » gestört = 28,79%,
» 4 » krank = 3,03%.

In 10 Fällen trat der Exitus letalis ein, darunter einer an typischer puerperaler Sepsis (= 0,75% Mortalität an Sepsis). Von den übrigen 9 Todesfällen kamen bei 7 die Genitalien überhaupt nicht in Betracht (Eklampsietodesfälle), 1mal wurde bei kompleter Uterusruptur perforirt, 1mal trat plötzlicher Exitus bei bestehender Nephritis ein. Da auch der Todesfall an Sepsis bereits inficirt in die Behandlung der hiesigen Poliklinik kam, so ist demnach kein Todesfall der Kraniokephaloklasie zur Last zu legen.

---

3) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 26. März 1901.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Matthaei.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Calmann: Über die forensische Bedeutung der gynäkologischen Untersuchung.

Herr Jaffé geht auf die von Herrn Calmann nur flüchtig gestreifte forensische Bedeutung der gynäkologischen Untersuchung für den Arzt näher ein. Die Litteratur über diesen Punkt sei nur sehr spärlich. Die Arbeiten über die Gefahren des ärztlichen Berufes enthalten meist nur Angaben über Kunstfehler der Ärzte, Unglücksfälle bei Operationen u. dgl. J. citirt zunächst mehrere Fälle aus der forensischen Litteratur, wo Ärzte, welche Pat. gynäkologisch untersucht hatten, von diesen wegen angeblicher Vornahme unzüchtiger Handlungen denuncirt worden waren. Mehrfach erfolgte auch Verurtheilung zu Gefängnisstrafen wegen thät-

licher Beleidigung nach § 185 des Strafgesetzbuches. Oft handelte es sich um hysterische Kranke, aber nicht immer. In einem Falle von Strassmann (Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1898 No. 1) hatte die Mutter des untersuchten jungen Mädchens Strafantrag »wegen Schamverletzung« gestellt.

Die Frage, wie man sich vor solchen Eventualitäten schützen soll, ist schwer zu beantworten. Brouardel (Gaz. des hôpitaux 1888 No. 116) hat folgende Regeln aufgestellt:

1) Niemals sich allein mit einem weiblichen Wesen einzuschließen;

2) nie ein junges Mädchen oder eine junge Frau zu untersuchen, wenn sie nicht von ihrer Mutter oder ihrem Manne begleitet ist;

3) niemals eine Frau allein, ohne Zeugen, zu narkotisiren.

Punkt 1) und 3) könne man ohne Weiteres zustimmen; Punkt 2) ist in der Privatpraxis nicht immer durchzuführen. In Krankenhäusern, Anstalten und Gefängnissen solle man stets nur in Gegenwart von Zeugen untersuchen. In der Privatpraxis sei es am sichersten, wenn man stets eine Assistentin, Wärterin od. dgl. hinzuziehe. Dies sei jedoch schon aus pekuniären Gründen nicht jedem Arzte möglich. J. verweist auf die Ärzte an Krankenkassen mit weiblichen Mitgliedern, bei denen Lues, Gonorrhoe und Gravidität oft genug eine genaue gynäkologische Untersuchung erforderlich machen, und die oft gar nicht in der Lage sind, Angehörige mitzubringen. Das Meiste müsse dem Takte des betreffenden Arztes überlassen bleiben. (Selbstbericht.)

Die Herren Rose, Seeligmann und Ratjen schlagen vor, der Arzt solle, um sich gegen unbegründete Anklagen zu schützen, sich vor der Untersuchung von der Pat. einen Revers ausstellen lassen.

Herr Seeligmann empfiehlt bei gynäkologischen Untersuchungen im Nothfalle die Anwesenheit einer dritten Person, was Herr Seifert nicht für nöthig erachtet.

Herr Calmann (Schlusswort) betont, dass er im 2. Jaffé'schen Punkte sehr vorsichtig sei bei Kindern und Hysterischen. Durch die Anwesenheit dritter Personen leide eventuell die Anamnese.

---

4) Verhandlungen der gynäkologischen Sektion des College of physicians zu Philadelphia.

(Amer. journ. of obstetr. 1901. Januar—Mai.)

Sitzung vom 19. Oktober 1900.

E. P. Davis: Häufigkeit und Mortalität bei anormalem Becken.

Unter den Frauen der Vereinigten Staaten, Weißen und Negerinnen, haben 25% engere Becken, als der Durchschnitt beträgt, und 7% weitere. 4/5 derselben haben spontane Geburten. Die Resultate der operativen Eingriffe sind günstig, falls sie im Einklange mit der wissenschaftlichen Erfahrung ausgeführt werden.

J. B. Schober: Myofibrom des Eierstockes.

R. C. Morris demonstrirt verschiedene Präparate.

Sitzung vom 16. November 1900.

Hirst: Adenom des Mastdarmes.

Die Frau hatte lange Zeit an Prolaps mit Cystocele und Rectocele gelitten. Von Seiten des Mastdarmes fanden sich keine Erscheinungen, trotzdem die Geschwulst hoch in denselben emporragte und nach der Scheide zu die Mastdarmwand durchbrochen hatte.

Auch J. B. Schober spricht über die gleiche Geschwulstform und berichtet über einen Fall. Derselbe betraf eine 49jährige Frau. Die Geschwulst war kugelig, halb solide, von der Größe einer kleinen Citrone, mit breiter Basis der linken Seite des Mastdarmes, etwa 2 Zoll vom Ausgange desselben aufsitzend.

S. bemerkt, dass diese Geschwulstform selten sei; er konnte nur 36 Fälle in der Litteratur zusammenstellen.

Sitzung vom 21. December 1900.

G. E. Shoemaker hält einen Vortrag über: Vaginale Hysterektomie bei kleinen blutenden Fibroiden.

Für bestimmte Fälle, bei denen andere Mittel ohne Erfolg angewandt und ein Morcellement der Geschwulst nicht ausführbar ist, empfiehlt S. die vaginale Hysterektomie. Seine Resultate waren sehr gut, er hat keine Kranke verloren.

In der Diskussion treten Hirst, Beyea u. A. für abdominale Hysterektomie ein, während Dorland auf die Wirksamkeit der Organotherapie bei blutenden Myomen hinweist. Er hat mit Thyreoidtabletten gute Erfolge erzielt. J. C. da Costa schließt sich dem an, doch beziehen sich seine Erfolge mehr auf die anderen Begleiterscheinungen der Myome, als Blutungen. Schober hat gute Erfolge bei Blutungen von getrockneter Mamma des Schafes beobachtet.

H. D. Beyea: Diabetes bei Ovariencyste.

Vor der Operation fanden sich 7% Zucker, der nach derselben vollständig verschwand. Es handelte sich um ein multilokuläres, pseudomuköses Cystadenom des Eierstockes. B. berichtet weiter eingehend über die Litteratur und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) In den seltenen Fällen, in welchen Erkrankungen der Genitalorgane mit Diabetes sich vereinigen, scheint der letztere abhängig von ersterem zu sein.

2) Auch die starke Ausscheidung von Zucker ohne eigentliche Symptome von Diabetes scheint von der Erkrankung der Geschlechtsorgane abzuhängen.

3) Außer den nachweisbaren Veränderungen der Genitalorgane müssen noch andere besondere Läsionen oder abnorme Sekretionen derselben bestehen oder besondere disponirende Anlagen im Organismus.

4) Der von Tait u. A. als klimakterischer bezeichnete Diabetes kann durch Einleitung des Klimakteriums beseitigt werden oder verschwindet nach Eintritt desselben.

Weiter demonstrirt B. eine Anzahl Präparate, u. A. 2 Fälle von papillärem Adenom der Eierstöcke.

Sitzung vom 18. Januar 1901.

C. P. Noble: Fall von Nephrektomie wegen Pyonephrose in Folge von Stein.

N. betont hauptsächlich die Nothwendigkeit frühzeitiger Diagnose mit Hilfe der neuen Mittel: Cystoskopie, Katheterismus der Ureteren und Röntgenstrahlen. Die Kranke war jahrelang von hervorragenden Klinikern als an Lithiasis leidend behandelt worden.

E. P. Davis: Unstillbares Erbrechen in der Schwangerschaft.

Der Fall betraf eine 40jährige Frau; 4 Schwangerschaften, die 3. musste wegen Erbrechens im 5. Monate unterbrochen werden; die 4. verlief normal. Jetzt befand sie sich im 2. Monate, war zum Skelett abgemagert, behielt nichts. Trotz künstlicher Ernährung per rectum nahm die Schwäche zu, so dass die Entleerung des Uterus vorgenommen wurde. Die Gebärmutter stark anteflektirt, die Portio verdickt. Unmittelbar nach der Ausräumung hörte das Erbrechen auf.

Morris bemerkt, dass er im letzten Jahre 3 Fälle beobachtete, in welchen der Tod erfolgte, da zu spät eingegriffen wurde. Auch Noble hat dieselbe Erfahrung gemacht.

Sitzung vom 15. Februar 1901.

H. D. Beyea: Dermoidcyste des Beckenbindegewebes.

Er berichtet über einen Fall und hat aus der Litteratur weitere 21 Fälle zusammengestellt, über die er kurz berichtet.

J. G. Clark: Zwei Fälle von extra-uteriner Schwangerschaft.

J. B. Deaver: Bemerkungen über operative Behandlung des Prolapses der Gebärmutter.

J. B. Schober: Epitheliom der Cervix.

Sitzung vom 15. März 1901.

B. C. Hirst: Über neuere Erfahrungen bei der Darmchirurgie. Bericht über 4 Fälle.

E. P. Davis berichtet über einen Fall von Ovariencyste bei einer 26jährigen Frau, bei welcher sich während des Wachsthums derselben eine sehr starke Haarentwicklung an Gesicht, Brust und an anderen Theilen gezeigt hatte. Nach Entfernung der Geschwulst bildete sich dieser Haarwuchs vollständig zurück unter Wiederauftreten der Menses, die vorher sistirt hatten. Nach einigen Jahren trat ein Kystom in den Bauchdecken auf mit maligner Degeneration.

Engelmann (Kreuznach).

Neueste Litteratur.

5) Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1901, Bd. XIII. Hft. 4.

1) Fleck (Göttingen). Ein Fall von Hämatometra und doppelseitiger Hämatosalpinx bei Mangel der Scheide.

Äußere Genitalien, bis auf völligen Mangel der Vagina, normal. Im Abdomen 3 abgrenzbare, große Tumoren (Hämatometra und doppelseitige Hämatosalpinx) zu palpiren, Laparotomie, Lösung von Netz- und Darmadhäsionen. Entfernung der beiderseitigen Adnexe. Am 12. Tage p. operat. Molimina menstrualia; es entleerte sich theerartiges Hämatometrablut durch die Bauchwunde; trotzdem glatte, primäre Heilung. 4 Wochen nach der Laparotomie Querschnitt zwischen Urethra und Anus, mühsame Abtrennung der Urethra und Blase vom Rectum, Eröffnung der Hämatometra. Möglichste Vereinigung der Ränder mit der Hautwunde, Tamponade. Ungestörte Heilung. Die Menstruation trat nicht wieder ein, auch keine Molimina. Bei der Entlassung 4½ cm lange, trichterförmige, mit dem Uterus kommunicirende Vagina. Uterus an der Bauchwand fixirt. Aus der eingehenden Beschreibung der durch die Laparotomie gewonnenen Präparate sei nur hervorgehoben, dass links Ovarium und Tube verwachsen, mit Blut gefüllt, aber, durch eine Scheidewand völlig getrennt, nicht kommunicirten, während rechts die Tube allein durch die Blutansammlung dilatirt, das Ovarium vergrößert und durch ein kurzes Band mit der Tube verbunden war. Zwischen den Blättern der rechten Mesosalpinx fand sich eine außergewöhnliche Persistenz von Urnierenresten und des Wolf'schen Ganges. Die abdominalen Enden beider Tuben waren obliterirt, ein Rest des rechten Ovarium war bei der Laparotomie wahrscheinlich zurückgeblieben. F. glaubt, dass es sich um einen kongenitalen Mangel der Scheide handelt. Er begründet diese Ansicht ausführlich und betont weiterhin, dass der Tubenverschluss wohl entzündlichen, aber nicht bakteriellen Ursprunges gewesen ist, dass er nicht weit zurückdatirt, keinesfalls in die Kindheit verlegt werden kann und auf beiden Seiten nicht gleichzeitig, sondern links früher als rechts eingetreten ist. Auf die Gründe, die F. für seine Ansicht anführt, so wie die histologischen Details näher einzugehen, ist an dieser Stelle nicht möglich.

2) Unterberger (Königsberg i/Pr.). Ein Fall von Pseudo-Hermaphroditismus femininus externus mit Koincidenz eines Ovarialsarkoms. Laparotomie.

Die äußeren Genitalien des 14½jährigen Individuums erschienen männlich und entsprachen einem Hypospadiaeus 3. Grades (daumendicker Penis mit nach unten offener, rinnenförmiger Urethra; zwei getrennte Skrotalsäcke, in deren einem scheinbar ein Testikel zu fühlen war, scheinbares Fehlen der Vagina). Habitus männlich. Per Rectum konnte ein dem Uterus entsprechendes Gebilde palpirt werden, das stilförmig mit einem bis über den Nabel hinausreichenden, harten, runden Tumor zusammenhing. Doppelseitige Inguinalhernie. Vor ca. einem Jahre eine einmalige, achttägige Menstruation. Unkomplicirte Laparotomie, Entfernung des Tumors (alveoläres Sarkom des linken Ovariums). Uterus, Tuben, rechtes

Ovarium, Ligg. rotunda normal entwickelt, Testikel nicht nachweisbar, in den Inguinalöffnungen nur Därme.

Glatte Rekonvalescenz. Bei der Entlassung erschienen die äußeren Genitalien kleiner, doch blieb der Penis gut erektil. Auch bei starkem Pressen treten die Hernien nicht mehr in die Skrotalsäcke ein.

3) Heidemann (Berlin). Die Thrombose im Wochenbett.

H. bringt neue Gesichtspunkte in die Frage hinein. Er nimmt für alle Fälle von puerperaler Thrombose eine Infektion der Placentarstelle an. Die Infektionserreger bedingen eine erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Er unterscheidet 2 Arten der Thrombose; eine leichte, die schon am 1. und 2., seltener am 3. Tage in die Erscheinung tritt und auf die nächste Umgebung des Uterus resp. auf bereits bestehende Varicen beschränkt bleibt, und eine schwere, die nach dem 4. Wochenbettstage eintretend meist die großen, speciell die Beckenvenen befällt. Neben der Infektion gehört als wesentlicher Faktor zur Entstehung der Thrombose die gestörte Cirkulation, wie sie post partum durch die Änderung der Druckverhältnisse im Abdomen hervorgerufen wird. Eine genaue Beobachtung lässt hier eben so wie bei anderen akuten Infektionskrankheiten Prodromalsymptome (Kopfschmerzen, Schlafstörung, Mattigkeit, Anfälle von Herzschwäche) erkennen, die eine frühzeitige Diagnose im Inkubationsstadium ermöglichen. Außer diesen allgemeinen giebt es auch lokale Prodromalsymptome, deren hauptsächlichste die spontane oder auf Druck entstehende Schmerzhaftigkeit seitlich vom Uterus und am Poupart'schen Bande sind. Namentlich die letztere ist ein ungemein sicheres Zeichen dafür, dass die Thrombose der tiefen Beckenvenen auch den oberen Abschnitt der Vena femoralis befallen hat. Die leichteste Empfindlichkeit dieser Stelle mahnt zu allergrößter Vorsicht! Die Temperatur bei eingetretener Thrombose schwankt gewöhnlich etwas hin und her. In einigen Fällen konnte nachgewiesen werden, dass dem Sitze der Placenta entsprechend die Thrombose am rechten resp. linken Beine auftrat. Bei Thrombose der Mastdarmvenen ist die Defäkation schmerzhaft. Wichtig ist das Verhalten des Pulses. Ein staffelförmiges Ansteigen desselben nach Mahler konnte nur in wenigen Fällen beobachtet werden; viel häufiger war ein wechselndes starkes Sinken und Wiederansteigen. Die Mahler'sche Erklärung, dass der staffelförmige Anstieg seinen Grund in dem Wachsen des Thrombus, in der Vermehrung des Cirkulationswiderstandes habe, wird nicht acceptirt, sondern der stets zu beobachtende Meteorismus in ursächliche Verbindung mit der Pulsveränderung gebracht. Der Meteorismus ist der Ausdruck einer Darmparese, die ihrerseits durch eine plötzlich einsetzende relative Herzinsufficienz eine plötzliche Verschlimmerung der Thrombose bewirken kann. Auch Ischurie resp. Dysurie in Folge von Adynamie der Blasenmuskulatur stellt sich öfters ein. Der Meteorismus scheint auch bei den nicht puerperalen Thrombosen konstant zu sein. Die Thrombose kann scheinbar latent bleiben und erst, wenn die Schwere der Infektion zu einer Giftwirkung auf das Herz und die Darmmuskulatur führt, plötzlich sichtbar werden.

4) M. Kaufmann (Lodz). Über die Zerreißung des Scheidengewölbes während der Geburt.

1. Fall: XIIIpara, Kopfschieflage mit Vorfall einer Hand. K. wurde erst 3 Tage nach Weheneintritt gerufen und fand den oberen Theil der Bauchhöhle leer, rechts im Unterleibe den harten, kontrahirten Uterus, links, unmittelbar unter den Bauchdecken den Kopf. Der größte Theil des Rumpfes lag in der kolossal gedehnten Vagina. Vorsichtige Wendung und Extraktion. Uterus intakt, Riss im vorderen und linken Scheidengewölbe, Peritoneum weithin abgelöst und unverletzt. Große, bis über den Nabel reichende Höhle, in der die Placenta lag. Jodoformgazetamponade. Heilung.

2. Fall: XIVpara, spontane Geburt des Kopfes. Der Rumpf wurde von einem Arzte extrahirt. Abgestorbenes Riesenkind von 7400 g und 63 cm Länge. Riss im hinteren und linken Scheidengewölbe, für 4 Finger durchgängig. In der Scheide Dünndarmschlingen, Uterus intakt. Die geplante exakte Naht des Risses miss-

lang. Derselbe wurde durch einige Katgutsuturen unter Leitung des Fingers theilweise vereinigt; Jodoformgazetamponade, Erbrechen, Puls von 120. Allmähliche Besserung, Heilung nach einigen Wochen.

K. hält beide Rupturen für spontan. Derartige Rupturen sind gefährlich, besonders wegen der leicht möglichen Infektion. Die Blutung ist besonders bei seitlichen Rissen, weniger bei solchen der Gewölbe zu fürchten. Ist die Frucht ganz oder theilweise in die Bauchhöhle getreten, blutet es stark oder ist die Blase verletzt, so räth K. zur Laparotomie. Anderenfalls soll der Riss von der Scheide aus genäht werden. Gelingt die Naht nicht oder sind Anzeichen schon vorhandener Infektion vorhanden, so soll man tamponiren.

K. schließt sich der Anschauung von Freund an, dass eine Uterusruptur nur entsteht, wenn der untere Abschnitt des Uterus fixirt ist. Ist dagegen der Muttermund über den vorliegenden Kindestheil zurückgezogen oder ist der vorangehende Theil ungeeignet, den Muttermundrand gegen das Becken abzuklemmen, so zerreißt bei gegebenen Bedingungen nicht der Uterus, sondern die Scheide.

5) G. Wiener (München). **Drittmaliger Kaiserschnitt an einer Zwergin mit Uterus-Bauchdeckenfistel in der alten Narbe und Placentarsitz an der vorderen Wand.**

Sämmtliche 3 Kaiserschnitte wurden in der Münchener Frauenklinik ausgeführt; nach dem zweiten entwickelte sich ein Bauchdeckenabscess, der zu einer nicht völlig verheilenden Fistel rechts unterhalb des Nabels führte. Am Ende der jetzigen Gravidität trat Nachts völlig spontan eine starke Blutung aus der Fistel ein, die sehr rasch hochgradigste Anämie bedingte und die Überführung in die Klinik veranlasste. Nach Kompression der blutenden Stelle Porro'sche Operation: Lösung fester und ausgedehnter Adhäsionen des Uterus mit Bauchdecken und Netz, Eröffnung des Uterus mittels queren Fundalschnittes, Entwicklung eines frischabgestorbenen Kindes. Dreifache Naht des Cervixstumpfes, retroperitoneale Versorgung, Naht der sehr dünnen Bauchdecken in 2 Etagen. Reichliche subkutane Kochsalzinfusionen und Darmeingießungen. Glatter Verlauf. Der quere Fundalschnitt bewährte sich sehr gut, die Placenta saß an der vorderen Wand und wurde von dem Schnitte nicht getroffen. Die Placenta befand sich unmittelbar unter der Fistel, wodurch der Fall besonders ernst war und zugleich interessant ist. Eine direkte Kommunikation der Fistel mit dem Uteruscavum war nicht nachzuweisen. Die vordere Wand des exstirpirten Uterus war in Folge der gelösten Adhäsionen uneben und zerklüftet. In der 11 cm langen alten Uterusnarbe waren im oberen Abschnitte ein die Wand fast vollkommen durchsetzender Trichter und oberhalb und unterhalb desselben seichte Einziehungen vorhanden, die offenbar den nach dem zweiten Kaiserschnitte durchgeeiterten Ligaturen entsprachen.

6) R. Palm (München). **Über papilläre, polypöse Angiome und Fibrome der weiblichen Harnröhre.**

Die sehr umfassende Arbeit, der ein Litteraturverzeichnis von 192 Nummern beigegeben ist, behandelt das Thema erschöpfend. Sie ist vorwiegend eine historisch-kritische Studie, in der die in der Litteratur niedergelegten Fälle in Bezug auf Nomenklatur und pathologisch-anatomische Rubrificirung geprüft und die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen chronologisch besprochen werden. P. fügt auch eigene Beobachtungen, die er unter Ziegenspeck und in seiner eigenen Praxis machen konnte, hinzu und giebt so ein übersichtliches Bild über die Ätiologie, Anatomie, Symptomatologie, Prognose und Therapie der ziemlich häufig beobachteten papillären, polypösen Angiome und der sehr viel selteneren Fibrome resp. Fibromyome der Harnröhre. Ein näheres Eingehen auf Einzelheiten würde über die dem Referat gezogenen Grenzen weit hinausgehen.

7) E. Schröder (Nienburg a. d. W.). **20 Jahre Geburtshilfe in ländlicher Praxis.**

S. berichtet über 1090 geburtshilfliche Fälle seiner langjährigen Praxis. Die anspruchslose Art, mit welcher er seine recht guten Resultate mittheilt, die offene

Darstellungsweise aller Misserfolge, der absolute Mangel aller Schönfärberei zeichnen die Arbeit aus und verleihen ihr einen reellen Werth. Über Zwillinge, Aborte, Traubenmole, Frühgeburten, Kindslagen, Beckenverengerungen, Placenta praevia, Eklampsie, geburtshilfliche Operationen, Puerperalfieber und accidentelle Erkrankungen intra graviditatem et partum ist ein reiches Material, zum Theil in guten, übersichtlichen Tabellen zusammengestellt. Besonders hervorzuheben wären die Auseinandersetzungen über Antisepsis und über die Leitung der Nachgeburtsperiode. Die Stellungnahme von S. bezüglich der manuellen Placentarlösung, die er für berechtigt hält, wenn die Placenta eine Stunde post partum noch nicht gelöst ist, dürfte allerdings keine allgemeine Billigung erfahren, selbst wenn man den schwierigen Verhältnissen der Landpraxis Rechnung trägt. Auch scheint die Zahl der »fest adhärenten« Placenten — 25 unter 141 Fällen — von denen S. überzeugt ist, dass »sie nicht hätten spontan kommen können«, etwas hoch. Beachtenswerth sind die Bemerkungen über den schwächenden Einfluss zahlreicher Geburten auf einzelne Organe und das Allgemeinbefinden so wie auf die später zur Welt kommenden Kinder. **Stoeckel** (Bonn).

Verschiedenes.

6) N. F. Intorichin. Über eine einfache Methode der Uterusexstirpation.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. Oktober [Russisch.])

Nach sorgfältiger Desinfektion der Vagina und der äußeren Geschlechtstheile wird das Collum uteri von beiden Seiten mit Kornzangen gefasst und womöglich niedriger herabgeführt. Dann werden die Gewölbe in der Runde, indem der Uterus nach hinten und vorn weggezogen wird, mit gerader Schere abgesondert und das Peritoneum des vorderen und hinteren Douglas'schen Raumes geöffnet; die Gebärmutter wird nur durch Ligamente zurückgehalten. Das äußere Ende der Ligg. lata einerseits — gewöhnlich links — wird mit Kornzangen fixirt, damit der Stumpf nach dem Durchschneiden der Ligamente nicht nach oben geschoben wird. Dann wird die Durchschneidung der Ligg. lata begonnen; alle Gefäße werden mit Péan'schen Pincetten gefasst und sofort mit Seidenligaturen unterbunden. Dasselbe wird von der anderen Seite ausgeführt. Der Uterus wird auf diesem Wege bis zur Mitte der Ligg. lata beiderseits abgetrennt; dann wird der Fundus uteri gewöhnlich von vorn ohne Mühe herausgezogen. Die oberen äußeren Theile der Ligg. lata werden mit Kornzangen fixirt und vom Uterus entfernt, wobei die Gefäße mit Péan'schen Pincetten gefasst und mit Seidenligaturen unterbunden werden. Bei dieser Uterusentfernung ohne Klemmenanlegung und ohne Unterbindung der Ligg. lata en masse tritt gewöhnlich eine geringe Blutung ein, was verhütet werden kann, wenn das Gefäß vor dem Durchschneiden stark gespannt wird. Die nach der Uterusentfernung gebliebene Öffnung wird von vorn nach hinten mit 6—7 Nähten verschlossen.

Verf. beschreibt 11 Operationen, die er nach dieser Methode ausgeführt hat. Nachfolgende Blutung trat in keinem Falle ein. Die Pat. fühlten sich nach der Operation sehr gut; sie empfanden keine Schmerzen, die gewöhnlich nach dem Liegenlassen der Klemmen eintreten. Ein sehr großer Vorzug dieser Operation ist der Umstand, dass nach der Uterusentfernung die Schließung der Gewölbe möglich und die Entfernung der Ligaturen nicht nöthig ist. **M. Gerschun** (Kiew).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 15. Juni.** **1901.**

Inhalt.

Bericht über die Verhandlungen der 9. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Giefsen vom 29. bis 31. Mai 1901.

Erstattet von
Dr. **K. Kretschmar** in Wiesbaden.

Löhlein (Gießen) begrüßt als I. Vorsitzender die Versammlung in der Aula der Universität.

In seiner Eröffnungsrede giebt er einen Rückblick auf das abgelaufene und einen Ausblick auf das begonnene Jahrhundert.

Schon das 18. Jahrhundert hatte auf dem Gebiete der Geburtshilfe große Fortschritte gebracht, das 19. hat die Hoffnungen, die bei seinem Beginne auf es gesetzt wurden, nicht getäuscht. Neben den Engländern und Franzosen haben auch die Deutschen an diesen Fortschritten vollen Antheil.

So wurde, ein Beispiel für viele, die so wichtige Lehre vom engen Becken von deutschen Forschern begründet.

Die Entwicklung der Geburtshilfe in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde in neue Bahnen gelenkt durch den Vortrag, den Ignaz Semmelweiß im Frühjahre 1850 in der Gesellschaft Wiener Ärzte über »die Ätiologie des Kindbettfiebers« hielt.

Aber erst in den 70er Jahren kamen die Ideen Semmelweiß' zum siegreichen Durchbruche und bald wurden die geburtshilflichen Kliniken, die Stätten, wo zuvor die meisten blühenden Menschenleben dahingerafft wurden, zur Schutzstätte gegen die Gefahren des Wochenbettes.

Auch nach operativen Entbindungen sank unter dem Einflusse der Antisepsis die Mortalität mehr und mehr. Diese Besserung der Resultate konnte nicht ohne

Einfluss auf die Indikationsstellung bleiben. Die Sectio caesarea aus relativer Indikation hat die Verkleinerungsoperationen mehr und mehr verdrängt. Auch der Schamfugenschnitt wurde rehabilitirt.

Wie bei den Operationen, so besserte sich für die gefährlichsten Geburtskomplikationen, wie Eklampsie und Placenta praevia, die Mortalität.

So erfolgte bald ein vermehrter Zuzug auch verheiratheter Frauen zu den Kliniken.

Desshalb wurde zunächst in den Industriecentren die Gründung von Wöchnerinnenasylen nothwendig, die, der Frau des Arbeiters Schutz und Pflege gewährend, schnell emporblühten.

Auch in der Gynäkologie lässt sich ungezwungen das verflossene Jahrhundert in 2 Abschnitte theilen, der erste, längere, stellt die Zeit wissenschaftlicher Vorarbeiten dar, durch die die Erfolge des zweiten ermöglicht wurden. Die Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie der weiblichen Genitalien wurde erforscht und neue einfache Untersuchungsmethoden erfunden, die' die Erkenntnis der Krankheiten mächtig förderten. So war zur Zeit der Einführung der Antisepsis der Boden vorbereitet für den gewaltigen Aufschwung, den das ärztliche Können in den letzten 30 Jahren genommen hat.

Die Operation, an der der eingetretene Umschwung zuerst deutlich in Erscheinung trat, war die Ovariotomie. Andere Operationsgebiete folgten, und die Fülle der der Lösung harrenden Fragen führte zur Gründung unserer deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Immer mächtiger ist die Fachlitteratur angewachsen, immer größer die Zahl der gynäkologisch durchgebildeten Ärzte geworden. Ob das begonnene Jahrhundert den gleichen rapiden Fortschritt zeigen wird oder mehr der Sammlung und kritischen Vertiefung des Gewonnenen gewidmet sein wird, das vorauszusehen ist unmöglich.

Es folgen geschäftliche Mittheilungen über die Mitgliederzahl der Gesellschaft. Die Namen der neugewählten Mitglieder werden bekannt gegeben. Durch den Tod verlor die Gesellschaft die Mitglieder Brosin, Abegg, Krukenberg und v. Weiss.

Alfred Hegar übersandte die Gesellschaft zu seinem 70. Geburtstage eine Tabula gratulatoria.

Als Kongressort für 1903 wird Würzburg gewählt.

Der neue Vorstand wird gebildet aus Hofmeier als I. Vorsitzenden, Löhlein, P. Müller, Fritsch, Schatz, Pfannenstiel, v. Franqué Schriftführer.

Als Kongressthemata werden bestimmt: Extra-uterin-Schwangerschaft und Prolapsoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Dauererfolge.

Der Vorstand hat, entsprechend dem Wortlaute der Statuten, beschlossen, dass in Zukunft die nicht gehaltenen Vorträge in den Kongressverhandlungen nicht in extenso abgedruckt, sondern einfach mit ihrem Titel angeführt werden sollen.

Es folgen hier zunächst die Berichte über die gedruckt vorliegenden Referate über die Radikaloperation bei Carcinoma uteri mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate.

W. A. Freund. Das Thema ist zur Diskussion gestellt worden, weil die erreichten Dauerresultate unbefriedigend sind. Zwar sind die Dauerresultate der Chirurgen bei den Krebsoperationen anderer Organe auch nicht günstiger, doch bemühen sich die Chirurgen, für ihr Arbeitsgebiet bessere Resultate zu erzielen. Das Gleiche müssen auch die Gynäkologen für den Uteruskrebs thun, zumal da durch 2 Beobachtungen F.'s, welche sich auf 17 bezw. 23 Jahre nach der Operation erstrecken, nachgewiesen ist, dass eine Dauerheilung auch in vorgeschrittenen Fällen möglich ist. Entgegen den befriedigenden primären Resultaten der meisten Operationen bei Uteruskrebs lassen die Dauererfolge sehr zu wünschen übrig. Schuld daran kann das Wesen der Krankheit oder die Art des operativen Vorgehens sein.

F. will nun untersuchen, ob das moderne pathologisch-anatomische und klinische Studium Thatsachen gefördert hat, die Anhaltspunkte für die Behandlung,

speciell für rationelle Gestaltung der Operationen geben könnten. Der Begriff Krebs bezeichnet kein einheitliches Krankheitsbild. Er wird von den Anatomen als ein klinischer bezeichnet; andererseits muss der Kliniker sich in Betreff der pathologisch-anatomischen Forschung abwartend verhalten, da das von den meisten pathologischen Anatomen postulirte histogenetische Eintheilungsprincip so unsichere Angaben zu Tage gefördert hat, dass auf ihnen eine rationelle Behandlung nicht aufzubauen ist. Das Gleiche gilt von der Ätiologie des Krebses.

Die lokalen oder Wundrecidive erfolgen zumeist aus zurückgelassenen Krebsresten. Anfangs circumscript, wachsen sie in derselben Richtung, wie nicht operirte Krebse.

Die Impfrecidive resp. Implantationen sind nur erklärlich bei Annahme der Infektiosität des Krebses.

In jedem operablen Falle muss man die Totalexstirpation mit Drüsenausräumung für rationell erklären.

Die Frage, ob vaginal oder abdominell operirt werden soll, kann auf 3 verschiedenen Wegen erörtert werden:

1) per rationem, der heutige Stand der Pathologie des Krebses,

2) per analogiam, die chirurgischen Erfahrungen der Krebsoperationen an anderen Organen,

3) die Statistik.

Punkt 1) und 2) führen im Allgemeinen zur Empfehlung der abdominalen Operation; die bisherigen statistischen Erhebungen sind wegen Ungleichmäßigkeit des Materials nicht zu verwerthen. Das Portiocarcinom kann in günstigen Fällen durch vaginale Totalexstirpation, das Carcinom der Cervix und des Corpus muss, wenn man Radikalheilung anstrebt, durch frühzeitige umfassende abdominale Totalexstirpation operirt werden. Nachdem jetzt lange die vaginalen Operationen allein ausgeübt wurden, müssen nunmehr alle Fälle der abdominalen Totalexstirpation unterworfen werden, um entscheiden zu können, welcher von beiden der Vorzug gegeben werden muss.

Winter. Als radikale Methoden der Operation von Uteruscarcinomen sind angewandt worden:

1) die Amputatio portionis vaginalis,
2) die Amputatio cervicis uteri supravaginalis,
3) die Exstirpatio uteri vaginalis,
4) die Exstirpatio uteri sacralis,
5) die Exstirpatio uteri abdominalis,
6) die Amputatio corporis uteri abdominalis,
7) die Operatio radicalis abdominalis.

Die Brauchbarkeit dieser Methoden ist nach 2 Richtungen zu prüfen: nämlich bezüglich der Operationsresultate und bezüglich der Dauerresultate. Letztere werden durch Feststellung der Recidive gewonnen. Da 5 Jahre nach der Operation nur noch ausnahmsweise Recidive eintreten, kann man für die Statistiken 5jährige Heilung mit Dauerheilung identificiren.

Die Recidive sind einzutheilen in metastatische Recidive, Lymphdrüsenrecidive, lokale Recidive und Impfrecidive.

Die Amputatio portionis vaginalis kann als Radikaloperation nicht mehr angesehen werden.

Die supravaginale Amputation kann als Radikaloperation angewandt werden, wenn das Carcinom ganz bestimmt von der Außenfläche der Portio vaginalis ausgeht.

Die Exstirpatio uteri vaginalis ist geeignet für alle beginnenden Carcinome, die nicht mit supravaginaler Amputation behandelt werden können. Von der vaginalen Exstirpation auszuschließen sind diejenigen Fälle, wo die Drüsen nachweisbar vergrößert sind und die Parametrien und das paravaginale Gewebe carcinomatös sind.

Die Leistungsfähigkeit der Operation wird erhöht durch Anwendung des Schuchard'schen Paravaginalschnittes und durch das Klemmverfahren.

Die sacrale Uterusexstirpation leistet nicht mehr, wie die vaginale Exstirpation bei schlechteren primären Operationsresultaten. Sie ist desshalb aus der Reihe der radikalen Operationen zu streichen.

Die Exstirpatio uteri abdominalis tritt auch heute noch für die vaginale Totalexstirpation ein, wenn der Uterus so groß ist, dass er ohne Morcellement nicht per vaginam entfernt werden könnte und bei Komplikation mit größeren Tumoren der Tuben und Ovarien.

Muss aus einem dieser Gründe die Freund'sche Operation gewählt werden, so empfiehlt es sich, bei allen nicht ganz beginnenden Fällen die Drüsen mit zu exstirpiren.

Die Amputatio corporis uteri supravaginalis ist aus der Reihe der radikalen Krebsoperationen zu streichen wegen der schlechten primären Resultate.

Die Operatio radicalis abdominalis ist indicirt bei vollständig freien Parametrien, wenn es gelingt, durch klinische Untersuchung vergrößerte Drüsen nachzuweisen, bei erkrankten Parametrien, wenn die vaginale Methode sicher keinen Erfolg haben kann, und bei Fällen, welche aus anderen Gründen abdominell operirt werden müssen.

Die primären Resultate der Operation sind: 24,6% Todesfälle, 33 unter 134 Operationen. Von 108 zur Statistik verwerthbaren Fällen sind innerhalb des 1. Jahres 45 = 41,6% recidiv geworden. Dem gegenüber schätzt Winter die Mortalität bei der vaginalen Totalexstirpation — eine größere neuere Statistik existirt nicht — auf ca. 5%, während er aus den verschiedenen Zusammenstellungen auf eine Dauerheilung in 10% der Fälle, auf alle zugehenden Carcinomfälle berechnet, schließt. Bis zum Jahre 1886 wurden nur 5,1% aller der Berliner Klinik zugehenden Carcinomkranken dauernd geheilt, bis zum Jahre 1892 war der Procentsatz der dauernd Geheilten auf 9,6% gestiegen. W. glaubt, dass nicht durch Ausdehnung der Operationsmethoden, sondern durch die Zunahme der Frühoperationen bessere Dauerresultate erreicht werden.

W. A. Freund bemerkt zu seinem Referate: Die ganze Frage, die im Thema vorliegt, spitzt sich zu der anderen zu: Soll principiell vaginal oder abdominal operirt werden? Die neuesten Arbeiten auf dem Gebiete der Krebsforschung sind voller Widersprüche. Dieselben sind so krass, dass nur das Eine feststeht, dass die Krebskrankheit ein klinischer Begriff ist. Das pathognomonische Zeichen des Krebses ist, dass er sich im Körper verbreitet und in den verschiedensten Organen lokalisirt. Wir wissen aber nicht, unter welchen Bedingungen diese Verbreitung geschieht. Besonders schwanken die Angaben über das Ergriffensein der Lymphdrüsen.

Die chirurgischen Erfahrungen bei Krebsoperationen an anderen Organen müssen zur Empfehlung der abdominalen Operation führen, weil es nur auf abdominalem Wege möglich ist, erkrankte Drüsen gründlich zu entfernen.

Die Statistik ist für die Entscheidung der Frage, soll abdominal oder vaginal operirt werden, nicht zu brauchen; denn Vorbedingung für ein brauchbares Resultat wäre, dass gleich weit vorgeschrittene Fälle nach beiden Methoden operirt würden. Sind die Dauerresultate bei der abdominalen Operation nur um Weniges besser, wie bei der vaginalen, so sind wir per rationem und per analogiam verpflichtet, den abdominalen Weg einzuschlagen.

Winter. Die Arbeit v. Rosthorn's, die seit Fertigstellung des Referates erschienen ist, spricht zu Gunsten des abdominalen Weges wegen der guten Resultate v. Rosthorn's (2 Todesfälle auf 33 Operationen, d. h. 6% Mortalität und wegen der Häufigkeit der Lymphdrüsenerkrankung.

Dagegen wird die vaginale Operation durch die seitdem bekannt gegebenen Dauerresultate Olshausen's und Schuchardt's gestützt. W. regt an, einen bindenden Modus für die Aufstellung von Statistiken festzulegen.

Küstner. Abdominale Operationen bei Uteruskrebs.

K. hat schon bei seinen ersten 20 Fällen von abdominaler Uterusexstirpation wegen Krebs, über welche er auf dem Leipsiger Kongresse berichtete, 3mal intu-

mescirte carcinomatöse Iliacaldrüsen mit weggenommen. Er setzte sich für die künftigen Operationen die Aufgabe, das stets zu thun, zum mindesten dann, sobald er vor oder während der Operation den Eindruck gewann, dass sie krank seien, mit einem Worte: so zu verfahren, wie es Rumpf und Ries für logisch erklärt hatten. In weiterer Verfolgung dieser Tendenz stieß K. auf Unklarheiten anatomischer Art, über welche auch das Studium der Litteratur ihn nicht hinwegbrachte, und so benutzte er die Gelegenheit, welche ihm seine Fakultät durch die Zuerkennung einer Preisarbeit bot, und stellte die Aufgabe, es soll die Anatomie des zum Uterus kompetirenden Lymphapparates erklärt werden. Dieser Aufgabe unterzog sich der damalige Student Peiser und löste sie in der bekannten Weise. Die Resultate seiner Untersuchungen sind, um es mit zwei Worten zu sagen, dass die Glandulae hypogastricae die 1. Drüsenstation des Collum uteri darstellen in den meisten Fällen, in manchen aber außerdem noch die Glandulae sacrales laterales. Zu den Glandulae hypogastricae ziehen vom Collum aus die Gefäße neben den Vasa uterina im unteren Theile des Lig. latum hart über den Endtheil des Ureters nach außen. Zu den Sacraldrüsen ziehen 1 oder 2 Lymphstämme aus dem Collum seitlich im Lig. latum, biegen bald nach hinten um und steigen, im Lig. sacro-uterinum verlaufend, an der hinteren Beckenwand zu genannten Drüsen empor.

Diese durch Peiser festgestellten Thatsachen dienten K., auch Freund und denjenigen Operateuren, welche nach ihnen denselben Weg betraten, also besonders Wertheim und v. Rosthorn, als Führung.

K.'s Operationsmaterial ist auf 3 Tabellen zusammengefasst.

Zur Erklärung sei Folgendes gesagt: K. hat nie principiell nur ausschließlich bei seinen Operationen der abdominalen Methode gehuldigt. In derselben Zeit, in welcher er die 56 abdominalen Operationen gemacht hat, sind in seiner Klinik — der Kgl. Universitäts-Frauenklinik — 146 vaginale Totalexstirpationen wegen Krebs gemacht worden. Dazu kommen noch 20 vaginale Operationen, welche im Privathause wegen Krebs von K. gemacht worden sind.

Nur in Perioden, in welche größere Serien von Heilungen nach abdominalen Operationen fielen, operirte K. auch einige Male Fälle abdominal, welche mit Leichtigkeit vaginal hätten operirt werden können. Im Allgemeinen aber fühlte K. nicht die Berechtigung zu einer principiellen Stellungnahme zu Gunsten der abdominalen Operation, wegen der großen Differenz der Gefährlichkeit beider Verfahren, auf der einen Seite die lebenssichere vaginale, auf der anderen Seite die gefährlichere abdominale Operation, eine Operation, bei welcher sich, wie die weiteren Erfahrungen lehrten, die Gefahren doch nicht mit der wünschenswerthen Sicherheit einschränken oder bannen ließen.

Über die Todesursache nach den abdominalen Totalexstirpationen bedarf es eines Wortes. Von den 17 sind an Pneumonie 2, an Embolie 2, an Urämie 1 gestorben. Bei den übrigen 12 fand sich in der überwiegenden Mehrzahl eine zwar nicht umfängliche, oft sogar nur außerordentlich unbedeutende, nur auf einige Schlingen beschränkte und in minutiösen Fibrinbeschlägen auf einer oder der anderen Darmschlinge sich manifestirende Peritonitis. In vielen Fällen war die Peritonitis so unbedeutend, dass manche Operateure geneigt sein möchten, sie nicht als Todesursache anzuerkennen; für einige Fälle hat K. in der Tabelle den Ausdruck Chok gewählt, weil nicht die anatomische Sektion, sondern nur die bakteriologische Entnahme aus dem Abdomen unmittelbar nach dem Tode den Beweis erbrachte, dass auch hier eine Keimwirkung im Spiele war. Man kann ohne Weiteres das Gesetz formuliren, die abdominalen Totalexstirpationen bei Krebs sterben an Sepsis. Bezeichnungen wie Chok sind auch hier nur Symptombezeichnungen.

Die Gefahr der direkten oder indirekten Keimübertragung auf das Peritoneum wird zweifellos abgeschwächt durch Veit's Modifikation der abdominalen Exstirpation. Oben anfangen, unten enden ist ein wichtiges Princip.

Wenn man nun die Veit'sche Modifikation anwendet, so ist es vortheilhaft, von unten Peritoneum und Vagina durch die Naht zu schließen, damit nicht sekundäre Einwanderungen ins Peritoneum stattfinden.

Wenn zweifellos erscheint, dass man das Peritoneum am besten vor den Mikroben, welche das Carcinom bewohnen, schützt, indem man alle und jede Berührung meidet, so fragt es sich, wie man sich verhalten soll, wenn eine Berührung, vielleicht eine intensive, stattgefunden hat.

Nicht unter allen Umständen ist in diesen Fällen das Peritoneum tödlich inficirt worden. Immerhin ist die Gefahr sehr groß. Auf Grund seiner früheren Beobachtungen glaubte K. in der Mikulicz-Tamponade doch einen gewissen Schutz erkennen zu müssen gegen Allgemeininfektion des Peritoneums.

In manchen Fällen bepinselte K. die Operationsstelle des Peritoneums mit Jodtinktur. In letzter Zeit ging K. noch weiter und ließ nach Operationen, bei welchen er das Peritoneum inficirt glaubte, nach oben und unten, und zwar weit, offen. Einen absoluten Schutz gegen die tödliche Wirkung eingeführter Mikroben gewährt auch das nicht, wie die letzten Fälle zeigen.

Man soll aus der hohen Gefahr folgenden Schluss ziehen: Man soll den Fall vorher präcis klären, soll eine Operation nicht von unten anfangen, um sie event. vom Abdomen aus beenden zu müssen, sondern soll die der abdominalen Inangriffnahme entfallenden Fälle unter allen Umständen oben beginnen und den unreinlichen Theil der Operation von der Vagina aus machen.

Zur Technik: Schnitt bis zum Nabel, bei sehr fetten Pat. höher hinauf. Darauf Abbinden der spermatischen Stränge, Abbinden der Ligg. rotunda beiderseits, dann werden diese Ligaturen seitlich durch gerade gehende Schnitte verbunden, vorn Schnitt durch die Tiefe des vorderen Douglas, hinten quer über das Rectum oberhalb der Tiefe des hinteren Douglas. Wird von diesen Schnitten mit stumpfem, hartem Tupfer das Peritoneum abgetrennt, die Ligatur der Ligg. rot. nach vorn, die der Ligg. spermat. nach hinten provisorisch fixirt, so liegt für die weitere Operation das Beckenzellgewebe weit genug offen. Event. spaltet man da und dort je nach Bedürfnis noch ein Stück.

Nach Auslösung des Uterus bis auf die tiefen Partien, bezw. die Vagina, empfiehlt K. nicht, das Peritoneum über dem nach unten gedrückten Uterus zu nähen. Diese Naht schließt selten gut genug. Läuft nachher durch die Maschen während der vaginalen Operation Blut zurück in den Peritonealraum, so bleibt das abgesperrt, ist oder wird inficirt und erregt Peritonealsepsis. Besser ist Folgendes: Nach der Auslösung des Uterus vom Abdomen aus umpackt man ihn mit 2, 3, 4 Tupfern, näht diese schnell an ihn an — natürlich ohne mit der Naht in das Cavum zu dringen — und schließt die Bauchwunde definitiv.

Dann Operation von unten: Ist der Uterus frei und wird er herausgezogen, so fegen die hinter ihm her kommenden 2, 3 und 4 Tupfer das Blut, welches aus dem getrennten Uterus noch aussickert, heraus. Erst jetzt nehme man von unten, nach nochmaliger sorgfältiger Revision, die Naht des Peritoneums vor.

In dieser Weise operirt K. seit über 4 Jahren.

Über die Leistungsfähigkeit der abdominalen Operation kann auch K. ein abschließendes Urtheil nicht abgeben. Dazu sind die Erfahrungen des Einzelnen zu klein, besonders gegenüber der erdrückenden Fülle derer mit der vaginalen Operation.

Eine große Anzahl der Operirten ist im Laufe der Jahre bereits gestorben, eine andere Anzahl lebt noch, von diesen ein Bruchtheil mit, einer ohne Recidive. Von den Recidivfreien wird die Eine oder Andere zweifellos der abdominalen Operation ihre Gesundheit danken, wenigstens dann, wenn sie auf andere Weise nicht zu operiren war.

Der Kardinalpunkt, welcher heute in der Mitte der Diskussion steht und diese Stellung die nächsten Jahrfünfte behaupten wird, ist, ob wir abdominal sicher im Gesunden operiren können, ob wir mit Drüsenexstirpation Vortheile für die Kranken schaffen, ob so Operirte unter Umständen recidivfrei bleiben, wogegen sie, von der Vagina aus operirt, recidiv werden würden.

Dass vom Abdomen vom oberen und dem größeren Theile des Parametriums mehr entfernt werden kann, als von der Vagina aus, giebt wohl Jeder zu, welcher vom Abdomen aus operirt hat, obwohl der Ausdruck, welcher vielfach gebraucht wird, »Ausräumung des Parametriums« etwas hyperbolisch ist.

Während nun das ohne Weiteres ersichtlich war, so hat K. während der 7 Jahre, welche er gelegentlich vom Abdomen aus operirte, Betreffs der radikalistischen Bedeutung der Drüsenexstirpation einen gewissen Skepticismus nie überwinden gelernt. In einigen Fällen gelang die Drüsenexstirpation nicht oder unvollkommen wegen zu fester Verwachsung mit den Iliacalgefäßen; in anderen gelang sie, aber das Gewebe zwischen ihnen und dem Primärherde konnte nicht in befriedigender Vollständigkeit entfernt werden. Gut und vollständig gelingt die Drüsenentfernung dann, wenn sie wenig oder nicht intumescirt sind, gut die Entfernung von relativ viel parametranem Gewebe, wenn dasselbe fast nirgends infiltrirt, die Exstirpation mit einem Worte leicht ist.

Aber auch in diesem Falle hat K. eine hohe Befriedigung bei dieser Ausdehnung der Operation nie empfinden können.

Gerade die Entfernung des Zwischengewebes zwischen Drüsen und Primäraffekt erfolgt nicht ausgiebig, nicht rücksichtslos genug, und die ausgiebige Entfernung dieses Gewebes ist eben so wichtig, wie die der Drüsen. Wir müssen den Ureter schonen, und dicht über dem Ureter (und das ist ebenfalls ein wichtiges Ergebnis von Peiser's Untersuchungen) kreuzen diesen die Lymphgefäße, welche von der Cervix zu den Iliacaldrüsen laufen. Das ist ein schwacher Punkt jeder Uterusexstirpation, auch der abdominalen. Nach K.'s Ansicht muss unser Bestreben dahin gehen, zu erreichen, dass wir gelegentlich ohne Gefahr das unterste Ureterstück reseciren und den Stumpf in die Blase einnähen können; ferner ist der Radikalismus dahin zu erweitern, dass wir mit Resektionen von Blasenwand gelegentlich uns weniger Beschränkung auferlegen, als es bisher im Allgemeinen der Fall ist.

Schuchardt. Wenn man neuerdings davon gesprochen hat, die Operation des Uteruskrebses auf eine moderne chirurgische Basis zu stellen, so ist es wohl auch dem Chirurgen gestattet, in diesem Kreise sich zu der vorliegenden Frage zu äußern. Bekanntlich können wir bei dem von uns bearbeiteten Krebsgebiete je nach dem Ursprungsorgane und dem topographischen Sitze des Carcinoms eine förmliche Stufenleiter von den bösartigsten Formen bis zu den leichter verlaufenden und auch leichter heilbaren Epithelialkrebsen aufstellen. Ich erinnere nur an die verschiedenen klinischen Eigenschaften eines Ulcus rodens der Nasen- oder Wangenhaut und eines Lippencarcinoms, an die Bösartigkeit des Zungen- und die relative Gutartigkeit des Mastdarmkrebses. Wir sind ja noch weit entfernt, alle diese Dinge zahlenmäßig feststellen zu können, so viel ist aber sicher, dass wir die an einer bestimmten Krebsform gewonnenen Erfahrungen nicht ohne Weiteres auf andere Krebsformen anwenden dürfen. Sehr verschieden ist ferner das klinische Bild der Krebsrecidive. Das Mammacarcinom z. B. recidivirt mit Vorliebe »örtlich«, in der Gegend der früheren Primärgeschwulst. Dagegen gehört es zu den Ausnahmen, wenn die Brustnarbe gesund bleibt und das Recidiv sich in den Lymphdrüsenresten der Achselhöhle entwickelt. Umgekehrt verhält es sich beim Lippenkrebse und dem der äußeren Genitalien.

Dem lymphatischen Apparate an den einzelnen Organen hat auch die Chirurgie neuerdings ein besonderes Interesse zugewandt und sucht praktisch diesen Forschungen so weit wie möglich Rechnung zu tragen. Die theoretische Forderung, den primären Herd, die inficirten Lymphdrüsen und die zwischen beiden liegenden Lymphbahnen im Zusammenhange auszurotten, lässt sich freilich nur an wenigen Körperstellen ausführen, weil die Lymphbahnen meist einen so komplicirten Verlauf haben und zum Theil solche Umwege machen, dass es unmöglich ist, durch ein geeignetes Operationsverfahren alle oder auch nur die meisten Lymphbahnen auszuschalten. Die einzige Krebsform, bei der wir ohne erhebliche funktionelle oder kosmetische Schädigung und ohne wesentliche Steigerung der Lebensgefahr unserer Operation eine fast beliebig große Ausdehnung nach jeder Richtung hin

geben können, ist das Carcinoma mammae. Ob hier die erweiterte Operation eine Besserung der Dauerresultate erzielt, ist noch sehr zweifelhaft. Fast an allen anderen Körperstellen müssen wir uns bescheiden, den primären Herd möglichst ausgiebig und die einzelnen Lymphdrüsen, so weit wir sie als verhärtet und vergrößert erkennen, herauszuschneiden, meist ohne Rücksicht auf ihre Verbindungen unter einander und mit der Primärgeschwulst. Wir erleben auch bei solchen, theoretisch sicher nicht radikalen Operationen eine Reihe von Dauerheilungen. Bei den Gesichtskrebsen (exkl. Lippe) pflegen wir uns um die Lymphdrüsen überhaupt nicht zu kümmern und erleben dabei fast immer, selbst in vorgeschrittenen Fällen noch Dauerheilung.

Die Frage, ob überhaupt jeder mikroskopische Krebskeim, der bei der Operation irgend wo zurückgelassen wird, nothwendigerweise der Grundstock für eine Recidivgeschwulst werden muss, ist nicht so einfach zu beantworten. Abgesehen davon, dass ein Theil der beim Krebs beobachteten Drüsenschwellungen septischer Natur ist, giebt es Gründe, welche die spontane Ausheilung von Krebsmetastasen nach Ausrottung und Heilung des primären Herdes nicht unmöglich erscheinen lassen. In einem von mir operirten Falle von sehr vorgeschrittenem Magenkrebs fanden sich auf dem Peritoneum parietale flache, grauweiße Knoten in großer Zahl und Ascites carcinomatosus. Der Kranke genas vollkommen und starb erst nach $2^1/_2$ Jahren an einer Pleuritis. Bei der Sektion fand sich kein örtliches Recidiv am Magen. Der Ascites und die bei der Operation beobachteten Knötchen im Bauchfelle waren völlig verschwunden. Ich bin überzeugt, dass Ähnliches öfters vorkommt, denn bei der Unvollkommenheit unserer operativen Maßnahmen müssen wir doch wohl in den meisten Fällen annehmen, dass bereits über das uns zugängliche Gebiet hinaus eine Dissemination von Keimen stattgefunden hat, und wenn trotzdem oft eine Dauerheilung eintritt, so müssen diese Keime zu Grunde gegangen sein. Jedenfalls sollten wir mit der Möglichkeit rechnen, dass bei den von uns erreichten Krebsheilungen noch unbekannte Faktoren im Spiele sind, und desshalb die rein technischen Gesichtspunkte nicht ausschließlich in den Vordergrund stellen. Wenn wir daher, um alle theoretisch denkbaren Metastasen zu entfernen, große und gefährliche Nebenverletzungen anlegen müssen, so steht der Einsatz nicht im richtigen Verhältnisse zum Nutzen, wenn es sich um solche Regionen handelt, wo wir eine nach allen Richtungen einwandsfreie Radikaloperation doch nicht vornehmen können. Die Zukunft der Krebsoperationen scheint mir desshalb im Allgemeinen darin zu liegen, dass wir den primären Herd und seine nähere Umgebung möglichst frühzeitig, rücksichtslos und gründlich angreifen. Ob wir durch die operative Behandlung der entfernter liegenden Metastasen noch erheblich weiter kommen werden, ist mir zweifelhaft.

Was nun den Uteruskrebs betrifft, so habe ich über meine bezüglichen Erfahrungen bereits auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse berichtet und sie in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Bd. XIII Hft. 6) ausführlich niedergelegt. Die Dauererfolge, welche ich an einem recht ungünstigen Krankenmateriale, dem eines Allgemeinen städtischen Krankenhauses, erzielte, sind zweifellos als sehr glückliche zu betrachten, wie aus folgenden Tabellen hervorgeht, die ich aus meiner größeren Arbeit hier reproducire:

1894—1901.

Gesammtübersicht der Krebsfälle.

	Zahl	+ post op.	Recidiv	Geheilt
A. Leichte Operationen	9	0 = 0%	1 = 11,1%	8 = 88,9%
B. Komplicirte Operationen	27	3 = 11 »	14 = 52 »	10 = 37 »
C. Sehr schwere Operationen	22	4 = 18 »	15 = 68 »	3 = 14 »
Sa.	58	7 = 12%	30 = 51,7%	21 = 36,3%

1894—1899.

	Zahl	+ post op.	Recidiv	Geheilt
A.	7	0	1	6
B.	20	1	12	7
C.	15	3	10	2
Sa.	42	4 = 9,5%	23 = 54,8%	15 = 35,7%

1894—1896.

	Zahl	† post op.	Recidiv	Geheilt
A.	4	0	0	4
B.	12	1	7	4
C.	9	1	6	2
Sa.	25	2 = 8%	13 = 52%	10 = 40%

Absolute Heilungsziffer:

			Operabilität	dauernd geheilt		abs. Heilbarkeit
Leopold	hatte	bei	20,4%	50%	=	10,2%
Kaltenbach	»	»	40 »	21 »	=	8 »
Thorn	»	»	35 »	25 »	=	7 »
Winter	»	»	28,7 »	33 »	=	9,6 »
Schuchardt 1894—1901	»	»	56 »	36 »	=	20,6 »
Schuchardt 1894—1896	»	»	61 »	40 »	=	24,5 »

Ich glaube, diese günstigen Erfolge in erster Linie dem Umstande zuschreiben zu müssen, dass ich die Umgebung des erkrankten Organes gründlicher berücksichtigte, als dies bisher üblich war, indem ich grundsätzlich in allen Fällen von Carcinoma uteri, den beginnenden und unkomplicirten eben so wie den mittelschweren und schwersten Fällen mir das Operationsgebiet durch einen hierzu geeigneten typischen Hilfsschnitt, den ich als Paravaginalschnitt bezeichnet habe, so zugänglich machte, wie der Chirurg es bei seinen Krebsoperationen zu thun gewohnt ist. Ähnliche, wenn gleich wohl nicht so ausgiebige Hilfsschnitte sind ja gelegentlich bereits früher in Anwendung gezogen, bei der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses aber nur dann, wenn es galt, in besonders komplicirten Fällen die Auslösung des Organes noch zu erzwingen, da, wo das gewöhnliche vaginale Verfahren versagte. Viel mehr Werth als auf die Anerkennung von Prioritätsansprüchen für diese oder jene Schnittführung würde ich darauf legen, wenn es mir gelingen sollte, Sie, m. H., zu überzeugen, von wie großem Vortheile es ist, sich den Zugang zum krebsigen Uterus in jedem, auch dem scheinbar leichtesten Falle durch einen geeigneten Hilfsschnitt zu erweitern und von dem Paravaginalschnitte nicht nur als Nothoperation in schwierigen Fällen, sondern erst recht gerade in den früheren Stadien des Carcinoma uteri principiell Gebrauch zu machen.

Um nicht bereits Bekanntes zu wiederholen, will ich nur kurz die Vortheile anführen, welche ich der genannten Operation zuschreiben zu müssen glaube.

1) Durch die Anwendung des Paravaginalschnittes gestaltet sich die vaginale Uterusexstirpation in allen Fällen bequemer und sicherer. Unbeabsichtigte Nebenverletzungen des Darmes, der Blase oder der Ureteren sind so gut wie ausgeschlossen. Die Blutung aus dem Hilfsschnitte ist leicht zu beherrschen, so dass der Blutverlust bei der ganzen Operation kaum in Frage kommt, zumal die Blutstillung bei der Auslösung des Uterus selbst erheblich mehr Garantien bietet, als jedes andere vaginale Verfahren. Ich habe den Schnitt ohne Nachtheil selbst bei extrem ausgebluteten Kranken mit fast farblosem wässrigen Blute angewandt. Eine Nachblutung aus den Ligamentstümpfen habe ich bei ca. 100 Operationen niemals erlebt. Die Heilung des Paravaginalschnittes ging mit wenigen Ausnahmen stets per primam intentionem vor sich, oft schon in 8—10 Tagen, so dass die Rekonvalescenz der Kranken durch die Anwendung des Hilfsschnittes in keiner Weise verzögert wurde. Die Mortalität des Schnittes als solchen glaube ich gleich Null setzen zu dürfen.

2) Die Indikationen für die vaginale Exstirpation des Carcinoma uteri lassen sich durch die Anwendung des Paravaginalschnittes erheblich weiter hinausrücken.

a. Die Operation ist leicht auszuführen bei solchen Fällen von Carcinoma uteri, die zwar noch auf die Gebärmutter beschränkt, dem gewöhnlichen vaginalen Verfahren aber schwer zugänglich sind, weil die Gebärmutter durch alte entzündliche Schrumpfungen der Parametrien oder perimetritische Verwachsungen unbe-

weglich geworden ist, oder weil der Zugang zu ihr durch abnorme Engigkeit oder narbige Stenose der Scheide erschwert ist.

b. Auch bei weiter vorgeschrittenen Krebsen kann man die Operation oft noch sauber durchführen, trotzdem das Carcinom bereits auf die Scheide, die Parametrien, ja selbst auf die Blase und Ureteren oder den Mastdarm übergegriffen hat. Man kann mit Bequemlichkeit beliebig große Theile des Scheidenrohres im Zusammenhange mit dem Uterus entfernen. Das die Scheide und den Uterus umgebende paravaginale und parametrane Bindegewebe lässt sich mit den darin liegenden lymphatischen Apparaten bequem bis an die Beckenwand ausräumen, im Zusammenhange mit dem Uterus (cf. Figur).

Die Ureteren lassen sich, falls sie gesund sind, gewöhnlich leicht aus den carcinomatösen Parametrien herauslösen. Sind Ureter oder Blase bereits selbst krebsig, so sind diese von dem paravaginalen Schnitte aus bequem zugänglich, so dass man alle nöthig erscheinenden Maßnahmen ausführen kann.

c. Auch bei sehr vorgeschrittenen Krebsen, die weit auf ihre Umgebung übergegriffen haben, ja selbst wenn der Uterus durch Krebsmassen im Becken fast unbeweglich eingezwängt ist, gelingt die Auslösung noch vermittels des Paravaginalschnittes, wenn man auch öfters in solchen Fällen wider Erwarten genöthigt ist, krebsige Massen zurückzulassen und eine unbeabsichtigte Palliativoperation vorzunehmen. Ich bin auch in diesen schwierigsten Fällen noch stets in der Lage gewesen, die Operation wenigstens so weit durchzuführen, dass der carcinomatöse Uterus und damit die Quelle der Blutung und Jauchung entfernt wurde, und war jedes Mal überrascht, wie gut selbst kolossale derartige Eingriffe vertragen werden, wenn man sie auf dem erweiterten vaginalen Wege vornimmt, während mir früher alle derartigen Operationen, welche ich auf abdominalem Wege ausführte, durch Chok tödlich endigten.



Krebs des Collum uteri mit hochgradiger Carcinose beider Parametrien bis an die Beckenwand. Links ein kirschgroßer Krebsknoten. Rechts drei, je etwas kleinere, rosenkranzähnlich an einander gereihte Knoten (carcinomatöse Drüsen). Links musste 1 cm des Ureters resecirt werden. Paravaginale Operation am 1. April 1901. Heilung per primam ohne Ureterfistel. 45jährige Frau.

Wie weit ich in sehr vorgeschrittenen Fällen in meinen Indikationen gegangen bin, möge Ihnen eine Auswahl meiner Präparate zeigen, die ich hier vorlege. Viele dieser Fälle haben sich in auffallender Weise erholt und sind lange am Leben geblieben, obwohl keine Radikaloperation gemacht worden war. Bei einigen Fällen ist sogar eine Dauerheilung eingetreten, obgleich angenommen worden war, dass die Exstirpatio uteri nicht im Gesunden stattgefunden hatte. Als ein Beispiel hierfür lege ich Ihnen das Präparat einer meiner ersten paravaginalen Operationen (Januar 1894) vor, die noch heute gesund und recidivfrei lebt. Bei der 56jährigen, äußerst kachektischen Frau war das Scheidengewölbe, Portio und Cervicalkanal in eine jauchige Geschwürsfläche verwandelt. Die Muskulatur des Corpus uteri war bis über die Mitte desselben krebsig infiltrirt. Beide Parametrien waren carcinomatös, so dass die Ureteren beiderseits aus den Krebsmassen herauspräparirt werden mussten.

Wenn Sie mir gerade in dieser letzteren Beziehung nicht zustimmen und für solche sehr vorgeschrittene Fälle lieber jeden Versuch einer Radikaloperation ablehnen, so muss ich freilich zugeben, dass aus einer solchen Erweiterung der Indikationen bis an die äußerste Grenze des technisch Möglichen besten Falls nur

wenige Procente von Dauerheilungen zu erzielen sind — allerdings bei Kranken, die sonst einem gewissen und raschen Tode verfallen sein würden.

Die Forderung, mit dem krebsigen Uterus grundsätzlich die Parametrien auszuräumen, bildet, wie bekannt, einen der Hauptgründe, welche zu Gunsten der abdominalen Hysterektomie ins Feld geführt werden. Ich glaube durch die von mir demonstrirten Präparate und vor Allem durch meine Dauerresultate bewiesen zu haben, dass man von dem Paravaginalschnitte aus das an die Scheide und den Uterus grenzende Beckenbindegewebe mit den darin enthaltenen lymphatischen Apparaten mindestens eben so gründlich angreifen kann, wie von der Bauchhöhle aus und mit erheblich geringerer Lebensgefahr. Es bleibt mir nun noch übrig, mich mit der anderen für die abdominelle Exstirpation des krebsigen Uterus aufgestellten Indikation zu beschäftigen, nämlich mit der Aufsuchung und Wegnahme etwaiger krebsiger Lymphdrüsen in der Becken- und Bauchhöhle außerhalb der Parametrien, also solcher Metastasen, die für den Paravaginalschnitt allein nicht zugänglich sind. Nachdem Herr Jordan auf dem Chirurgenkongresse die Lymphdrüsenexstirpation im Allgemeinen einer Kritik unterzogen hat, der ich mich nur anschließen kann, sei es mir gestattet, die bis jetzt größte und ausführlichste Statistik der abdominalen Krebsoperation, die Arbeit Wertheim's[1], mit Rücksicht darauf einer Analyse zu unterziehen, was in jedem einzelnen der dort beschriebenen Fälle durch das paravaginale Verfahren hätte geleistet werden können. Ich will dabei zu Gunsten des abdominalen Verfahrens annehmen:

1) dass aus jeder mit Krebskeimen behafteten Lymphdrüse ein Recidiv geworden wäre,

2) dass in jedem Falle, wo krebsige Drüsen gefunden und exstirpirt wurden, dies im Sinne einer Radikaloperation ausgeführt wurde, also ohne Zurücklassung anderer krebsiger Drüsen, wofür bekanntlich keine Garantie übernommen werden kann.

Zum leichteren Überblicke will ich die Wertheim'sche Kasuistik, möglichst nach den eigenen Angaben des Autors, in 3 Kategorien theilen:

A. Beginnende Krebse oder mittelweit vorgeschrittene Fälle.

Unter 9 solchen fanden sich 2mal krebsige Drüsen (19, 21)[2]. Diese Fälle haben, da sie den Eingriff überstanden, mehr Aussicht, recidivfrei zu bleiben, als wenn sie ausschließlich paravaginal operirt worden wären. Die hierdurch erzielte Gewinnchance wird aber durch 2 Todesfälle ausgeglichen, bei denen keine krebsigen Drüsen gefunden worden waren (8[3], 18). Die günstig abgelaufenen Fälle 5, 7, 9, 13, 26 haben, da sich keine Drüsen vorfanden, durch den Einsatz der höheren Lebensgefahr nicht mehr Aussicht gewonnen, gesund zu bleiben, als wenn sie paravaginal operirt worden wären.

B. Vorgeschrittene Fälle.

Im Falle 3 fand sich eine krebsige Drüse im Parametrium, während die Beckendrüsen frei waren. Diese hätte eben so gut paravaginal operirt werden können, dessgleichen die Fälle 15, 20, 22, 24, 27, 28, in denen keine Drüsen gefunden wurden. In den Fällen 14 und 29 fand sich je eine krebsige Drüse im Becken. Beide Fälle verliefen tödlich, 29 unmittelbar nach der Operation, 14 einige Monate nachher an Peritonitis purulenta, die wohl von der Drüsenexstirpationswunde aus-

[1] E. Wertheim, Zur Frage der Radikaloperation beim Uteruskrebs. Archiv für Gynäkologie Bd. LXI.

[2] Fall 19 gehört eigentlich in die Kategorie B, da das linke Parametrium bereits krebsig inficirt war. Es bleibt somit nur der Fall 21, in dem bei einem beginnenden Carcinom (an der hinteren Lippe eine pilzförmige und rauhe Erhabenheit) und freien Parametrien eine kirschengroße carcinomatöse Drüse (nach längerem Suchen) an der V. iliaca ext. exstirpirt wurde.

[3] Die im Falle 8 exstirpirten zahlreichen Drüsen ließen trotz genauester Untersuchung nirgends Krebs erkennen.

ging. Im Falle 2 (Corpuskrebs) fanden sich so viele krebsige Drüsen, dass nur die palliative Uterusexstirpation vorgenommen wurde.

Ein Vortheil wurde also durch die Drüsensuche in keinem Falle gewonnen; dagegen ist der tödliche Ausgang im Falle 20 dem Verfahren zur Last zu legen, da bei der — übrigens negativen — Drüsensuche die V. hypogastrica verletzt wurde.

C. Weiter vorgeschrittene Fälle.

Bei 10 dieser Fälle fanden sich 2mal Drüsen im Parametrium, also auch paravaginal gut zu entfernen (10, 16). Fall 16 endete tödlich. Bei 25 wurde nur eine Palliativoperation vorgenommen, da bereits Carcinose des Bauchfelles bestand. 6 und 11 starben, nachdem die krebsig erscheinenden Beckendrüsen exstirpirt waren.

Fall 1, 4, 12, 23 starben, ohne dass bei der Operation krebsige Drüsen gefunden worden waren (die bei 12 exstirpirten stellten sich als tuberkulös heraus). Bei Fall 17 (keine Drüsen) wurde der Ureter verletzt und musste eine Niere exstirpirt werden.

In keinem dieser Fälle ist durch die Laparotomie ein Gewinn erzielt worden, darin bestehend, dass Kranke, bei denen krebsige Beckendrüsen gefunden und exstirpirt wurden, vorläufig geheilt wären. Dagegen waren die Fälle 1, 4, 10, 12, 16, 17, 23 auch der paravaginalen Operation gut zugänglich und voraussichtlich mit geringerer Mortalität.

Als Endergebnis dieser 29 abdominalen Operationen gebe ich folgende Übersicht:

	I. Mit Beckendrüsen			II. Ohne Beckendrüsen, also auch paravaginal operirbar,	
	geheilt	gestorben	Palliativop.	geheilt	gestorben
A.	19[4], 21,	—	—	5, 7, 9, 13, 26	8, 18
B.	—	14, 29	2	3[1], 15, 22, 24, 27, 28	20
C.	—	6, 11	25	10[4], 17	1, 4, 12, 16[4], 23
Sa.:	2	4	2	13	8

Bezüglich der Betheiligung der außerhalb der Parametrien liegenden Beckenlymphdrüsen beim Carcinoma uteri ziehe ich aus Wertheim's Angaben den Schluss, dass unter 29 Fällen die Beckenlymphdrüsen 8mal krebsig erkrankt waren, bei freien Parametrien jedoch nur 2mal (Fall 21 u. 14). Es ist also durch die mühevollen Untersuchungen, für welche wir Herrn Wertheim sicher zu großem Danke verpflichtet sind, bestätigt worden, was bisher allgemein angenommen wurde, dass nämlich eine Infektion der Beckenlymphdrüsen mit Überspringung der Parametrien als Ausnahme zu betrachten ist. Wir Alle werden gewiss auf das Verhalten der Lymphdrüsen beim Uteruskrebs in Zukunft noch mehr achten wie bisher, und vielleicht wird es dann gelingen, die Diagnose der krebsigen Beckenlymphdrüsen mit größerer Sicherheit zu stellen. Ohne sicheren Anhaltspunkt hierüber beim Uteruskrebs grundsätzlich den Bauchschnitt vorzunehmen, um aufs Gerathewohl nach infiltrirten Drüsen zu suchen, halte ich nach Alledem weder theoretisch noch praktisch für gerechtfertigt.

Leopold rekapitulirt die Ergebnisse seiner Züchtungsversuche von Blastomyceten aus Carcinomen. Als Nährböden dienen angesäuerte Gelatine oder noch besser sterile Bouillon.

Bei Anlegung der Kulturen ist darauf zu achten, dass das Material lebensfrisch übertragen werden muss, und dass ein geeigneter Nährboden gewählt wird. Das Angehen der Kultur hängt auch von der Lebensenergie der in dem Carcinom enthaltenen Blastomyceten ab. Bisher hat L. 8 Kulturen gewonnen. Zur Impfung muss lebensfrisches »Vorpostengewebe« genommen werden.

Reinkulturen in die Hoden von Ratten injicirt bewirkten die Bildung von Peritonealknoten, die zum Tode führten und im frischen wie gehärteten Gewebe Blastomyceten aufwiesen. Aus den frischen Knoten ließen sich Blastomyceten

[4] Drüsen im Parametrium.

wieder in Reinkultur züchten und durch Übertragen von Bestandtheilen der Knoten in die Peritonealhöhle neuer Versuchsthiere wiederum analoge Tumoren erzeugen.

Es ist also sicher, dass Blastomyceten im Stande sind, maligne Tumoren bei Thieren hervorzurufen, dass Blastomyceten als Erreger maligner Tumoren beim Menschen gefunden werden; ob sie die alleinigen Erreger sind, ist eine andere Frage.

Mackenrodt. Die Syntopie des Uterus giebt günstige Verhältnisse für die Radikaloperation, er liegt in einem weitmaschigen Gewebe in lockerer Verbindung mit den Nachbarorganen. Diesen günstigen Verhältnissen entsprechen die Dauerresultate nicht, weil nicht radikal genug vorgegangen wird. M. fordert, dass die Drüsen mitsammt dem dazwischen liegenden Beckenbindegewebe in jedem Falle ausgerottet werden, nicht nur, wie Wertheim will, die verdickten.

M. hat 92% seiner gesammten Carcinomzugänge operirt mit einer Mortalität von 17,4%. Die Gesammtzahl der Operirten beträgt 38, davon waren Frühfälle 11, vorgeschrittene 27. Von der erst genannten Gruppe haben 4, von der zweiten 10 Recidive bekommen. Von Gruppe 2 starben 7 in Folge der Operation.

Er hat eine neue »transperitoneale« Operationsmethode angewandt. Breiter suprasymphysärer Querschnitt; Freilegung beider Fossae iliacae und der Ureteren. Stumpfe Ablösung der Scheide, Ausräumung der Parametrien und Drüsen. Jetzt erst Eröffnung des Peritoneum und Versorgung der uterinen Gefäße, worauf das Peritoneum sogleich wieder geschlossen wird. Entfernung des Uterus nach Amputation der Scheide.

J. A. Amann (München). Ein neuer Weg zur Exstirpation des carcinomatösen Uterus.

A. bespricht zunächst die Nothwendigkeit der Stellung einer möglichst frühen Diagnose, die nur durch exakte histologische Schulung eines jeden einzelnen Operateurs erreicht werden könne, und verweist auf seine diesbezüglichen histologischen Untersuchungen. Da der häufigste und wichtigste Weg für die Ausbreitung des Carcinoms die Lymphbahnen des Parametriums sind und gewöhnlich später erst eine Lymphdrüseninfiltration auftritt, muss es das Bestreben der Operationstechnik sein, vor Allem in ausgedehntester Weise das Parametrium und den oberen Theil der Vagina mit zu entfernen.

Die vaginale Totalexstirpation, die Vortr. in über 175 Fällen bei sehr weiter Indikationsstellung zumeist mit Klemmen, mit ca. 4% Mortalität ausgeführt hat, kann trotz der Erweiterung durch den Schuchardt'schen Schnitt, den Vortr. mit großem Vortheil häufig anwendet, auch nicht genügend vom Parametrium mit entfernen. Vortr. sind ohne besondere Nachfrage mehrere Fälle von über 5 Jahre Recidivfreiheit nach vaginaler Totalexstirpation bekannt geworden, und er hat zwei Fälle erlebt, bei denen nach vaginaler Totalexstirpation 5 Jahre vollständige Recidivfreiheit vorhanden war, dann aber plötzlich ausgedehnte Drüsencarcinose an der hinteren Bauchwand, indessen ohne jegliche Betheiligung des Beckens auftrat.

Auch die sacrale Operationsmethode, welche Vortr. ebenfalls mehrmals mit Erfolg ausführte, bietet kein größeres Operationsfeld als die vaginale. Die erweiterte abdominale Methode giebt den weitesten Spielraum, doch ist die Gefährdung der Pat. durch diese ausgedehnten Eingriffe bekannt. Vortr. hat die erweiterte abdominale Totalexstirpation mit Ureterfreilegung, Drüsenausräumung etc. in 14 Fällen ausgeführt und 3 Fälle, welche sehr weit vorgeschrittene Carcinome betrafen, verloren. In 4 Fällen konnte er in den ausgeschälten Drüsen mikroskopisch Carcinom nachweisen.

Vortr. giebt dann einen neuen transperitonealen Weg an, auf dem es ihm möglich war, sowohl Parametrien in ausgedehnter Weise zu entfernen als Ureteren, Blasenwand und Vagina in beliebiger Ausdehnung freizulegen, ohne das Peritoneum auf länger als ein paar Minuten offen zu halten, und den er zum ersten Male im April 1899 ausführte.

Nach mehrere Tage dauernder Vorbereitung und gründlicher Desinfektion der Vagina, event. Kauterisation des Carcinoms, event. Einlegen von Jodoformgaze in die Vagina wird Pat. in steile Beckenhochlagerung gebracht, von der Mitte zwischen Nabel und Symphyse ein medianer Einschnitt bis zur Symphyse gemacht und rechtwinklig zu demselben ein Einschnitt über dem horizontalen Schambeinaste ca. 10 cm nach links angefügt, event. kann bloß ein Querschnitt über der Symphyse angebracht werden. Diese Einschnitte durchtrennen die Bauchwand nur bis zum Peritoneum und lösen den linken Musculus rectus vom Becken los.

Nun wird vom Cavum Retzii aus stumpf im paravesicalen, sodann im paravaginalen Raume vorgedrungen, ohne das Peritoneum, das sich leicht abtrennen lässt, einzureißen. In der linken Inguinalgegend schält sich ein rundlicher Strang heraus: das Ligamentum rotundum, das doppelt unterbunden und dazwischen durchschnitten wird. Unter stetigem Vordringen im paravaginalen Gewebe gelangt man bald an den linken Ureter, der mit Hilfe von 2 anatomischen Pincetten zugleich mit der darüber befindlichen Arteria uterina stumpf freigelegt wird. Die Arteria uterina wird möglichst lateral vom Ureter unterbunden, und nun kann der Ureter event. aus den carcinomatösen Infiltrationen im Parametrium ausgeschält werden. Die Blase wird vom vorderen Theile des Uterus und der Vagina abgelöst.

Bisher wurde die Peritonealhöhle nicht eröffnet. Nun wird das von der hinteren Blasenwand abgelöste Peritoneum dicht vor der Excavatio vesicouterina mit der Schere etwa 3—4 cm breit eröffnet, der Fundus uteri mit den Adnexen durch den Schlitz mit einer Kugelzange herausgezogen und jederseits das Lig. infundibulo-pelvicum unterbunden und abgetragen; nun wird das jetzt hinter dem Uteruskörper befindliche Blasenperitoneum sofort mit dem Peritoneum der hinteren Beckenwand mit fortlaufender Katgutnaht vereinigt, so dass die Peritonealhöhle wieder vollkommen abgeschlossen ist. Die Peritonealhöhle war demnach nur einige Minuten eröffnet. Unter Beiseitehalten des linken Ureters mit einem Spatel oder einer Fadenschlinge wird das linke Parametrium, so weit als dies thunlich erscheint, so wie die Ligamenta sacro-uterina mit Schere oder Thermokauter abgetragen, der Uterus gefasst und unter Abschieben des Ureters vom Ligamentum latum auch das letztere abgetragen. Der Uterus kann nun nachher am besten durch die Vagina entfernt werden. Nun wird die hintere Beckenwand abgetastet und können infiltrirte Drüsen leicht ausgeschält werden.

Sowohl gegen die Vagina zu, als auch, wenn thunlich, durch den unteren Winkel der nun wieder zu vereinigenden Bauchwunde wird Jodoformgaze, das allseitig die Buchten ausfüllt, herausgeleitet.

Man ist erstaunt, wie leicht und ohne Blutung man sofort an den wichtigsten Theil, die Kreuzungsstelle der Arteria uterina mit dem Ureter, gelangen kann; hier lässt sich auch, wenn nöthig, eine Resektion des Ureters und Neueinpflanzung desselben in die Blase nach dem Vorschlage Mackenrodt's ausführen.

Die Vortheile dieser transperitonealen Methode sind folgende:

1) Ist die Möglichkeit vorhanden, auf dem kürzesten Wege zu den im Parametrium vorhandenen Infiltrationen vorzudringen und auch die Vagina in größerer Ausdehnung event. total auszuschälen.

2) Die Ureteren sind leicht in beliebiger Länge freizulegen, event. zu resecciren. Durch Beiseiteschieben der Ureteren ist eine ausgedehnte Resektion des Parametriums möglich.

3) Die Arteria uterina wird isolirt weit außen primär an ihrem Abgangspunkt unterbunden, daher äußerst geringe Blutung.

4) Die Operation verläuft fast vollständig bei abgeschlossener Bauchhöhle. Nur einige Minuten ist ein kleiner Schlitz für die Herausleitung des Fundus uteri offen, der aber sofort hinter dem Uterus wieder geschlossen wird, ähnlich wie sich dies bei der sacralen Methode der Uterusexstirpation (siehe Herzfeld'sche Vorschrift) als sehr zweckmäßig erwiesen hat.

5) Bei der ganzen Auslösung des Ureters, der Cervix, des Parametriums und event. des ganzen Vaginalschlauches kommt nichts vom exulcerirten Carcinom in Berührung mit der Wundfläche. Die schließliche Entfernung des ausgelösten Organs erfolgt später nach unten zu.

6) Sollte es sich im Verlaufe der Operation für nöthig erweisen, Behufs Enukleation höher gelegener Drüsen das Peritoneum ausgedehnter zu eröffnen, so ließe sich dies leicht jeder Zeit durchführen.

Somit ergeben sich gegenüber der vaginalen und sacralen Methode gewisse Vortheile: Parametriumentfernung, Ureterfreilegung, Vaginaexstirpation; so wie gegenüber der abdominalen Methode: fast extraperitoneale Ausführung.

Vortr. hat diese seine transperitoneale Methode bisher in 5 Fällen ausgeführt und verlor einen Fall mit sehr weit vorgeschrittenem Carcinom.

Den bisherigen Wegen für die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus: 1) vaginaler, 2) perinealer, 3) sacraler, 4) abdominaler, wäre somit als der 5) der transperitoneale anzufügen.

Fernerhin empfiehlt Vortr. das transperitoneale Vorgehen vom Cavum Retzii aus für die Operation von Recidiven nach vaginaler Totalexstirpation und hat dasselbe zu diesem Zwecke häufig angewandt; er erwähnt einen Fall von Urämie, bedingt durch Ureterverschluss durch ausgedehntes Carcinomrecidiv $1\frac{1}{2}$ Jahre nach abdominaler Totalexstirpation, in welchem er im urämischen Koma den Ureter transperitoneal resecirt und neu in die Blase eingepflanzt hat (nach Mackenrodt). Sofort verschwanden alle urämischen Symptome und Pat. lebte noch $\frac{1}{2}$ Jahr fast ohne Beschwerden.

Olshausen. Die Hauptgefahr der Totalexstirpation liegt immer noch in der Sepsis. Früher gingen über $\frac{2}{3}$ der die Operation nicht Überstehenden an Sepsis zu Grunde; jetzt kommt über die Hälfte der Todesfälle auf andere Ursachen.

Die Gefahr der Sepsis wird vermindert durch gründliche Desinfektion des Carcinoms mittels scharfen Löffels mit nachfolgender Anwendung des Ferrum candens oder 40%iger Chlorzinklösung.

Die Gefahr von Blasen- und Ureterenverletzungen ist noch groß, sie beträgt an O.'s Material 5%, berechnet auf 638 Fälle.

O. hat früher auch bei vorgeschrittenen Fällen den vaginalen Weg bevorzugt, bei para-uterinem Carcinom früher aber überhaupt nicht operirt. Er hält auch jetzt eine Heilung fast für ausgeschlossen, wenn das Carcinom seinen ursprünglichen Herd überschritten hat.

Von der Ausräumung der Drüsen und des Beckenbindegewebes ist wenig zu erwarten, weil sie vollständig nicht möglich ist.

In den letzten 3 Jahren hat O. seine Indikationen weiter gestellt. Die primäre Mortalität ist dabei relativ größer geworden. Auch die Nebenverletzungen haben zugenommen.

Bei wenig vorgeschrittenem Collum und Corpuscarcinomen ist die vaginale Operation allein berechtigt.

Bei sehr vorgeschrittenen Collumcarcinomen und großen Corpuscarcinomen ist die abdominale neben der vaginalen Methode berechtigt zum Zwecke der Exstirpation der Drüsen.

Wo das Carcinom vom Uterus her in das Beckenbindegewebe übergegriffen hat, ist weder von dem vaginalen noch von dem abdominalen Wege viel zu erwarten.

Wenn die Vergrößerung so hochgradig ist, dass die Durchleitung ohne Zerstücklung nicht gelingt, ist der abdominale Weg zu wählen.

Statistiken, welche sich nicht mindestens auf einen Zeitraum von 5 Jahren beziehen, sind trügerisch.

Die Freund'sche Forderung, dass man, um ein vergleichendes Urtheil zu ermöglichen, alle Carcinomfälle abdominal operiren solle, ist unerfüllbar. Nach dem jetzigen Stande der Frage darf ein beginnendes Carcinom nicht per laparotomiam operirt werden, um die Drüsen zu entfernen, da die Gefahr größer und die Drüsenerkrankung im Beginne sehr selten ist.

Unter 169 operirten Fällen O.'s wurden nach 2 Jahren 74%, nach 3 Jahren 62%, nach 5 Jahren 38,8% recidivfrei. Radikal operirt wurden 1894—1896 44%, 1898—1900 über 50% der Carcinomzugänge. Auf 671 Fälle der ersten Periode hat O. eine Gesammtmortalität von 61 = 6%, auf 291 Fälle der zweiten 15 Todesfälle gleich 5%. Die absolute Mortalität ist zwar um 1% besser geworden, sie hat sich aber nicht in demselben Verhältnisse gebessert wie die der anderen Bauchoperationen; was durch die erwähnte erweiterte Indikationsstellung der Totalexstirpation in diesem Zeitabschnitte zu erklären ist.

Wertheim hat seit 1898 principiell alle Carcinome abdominal operirt in der bestimmten Absicht die Parametrien und Drüsen mit zu exstirpiren. Die Motive sind aus früheren Publikationen bekannt.

Operationsmethode: Spaltung des Peritoneums über dem durchschimmernden Ureter, ohne voraufgegangenen Ureterenkatheterismus, in starker Beckenhochlagerung. Herumlegen des Uterus nach dem Nabel zu. Unterbindung der Ligamenta rotunda und infundibulo-pelvica. Quere Spaltung des Peritoneums über der Blase. Nun wird der Finger nach vollendeter Freipräparirung des Ureters unter dem noch stehen gebliebenen, die großen Gefäße enthaltenden Ligamentreste durchgeschoben, das Ligament ligirt und durchtrennt. Es folgt nach Reposition des Uterus Spaltung des hinteren Peritonealblattes, Abdrängung des Mastdarmes, Abklemmung des nunmehr frei gelegten Scheidenrohres unterhalb des Carcinoms mit eigens dazu konstruirten Klemmen und Absetzung der Vagina unterhalb der Klemmen.

Eine Vorbereitung des Carcinoms ist überflüssig da die Klemmen fest schließen, nur wird vor Abnahme der Klemmen die Scheide ausgewischt.

Ureterennekrosen mit sekundärer Fistelbildung kommen vor und zwar um so leichter, je vollständiger der Ureter isolirt werden musste. Stets räumt W. systematisch die ganzen Drüsen und Parametrien bis zur Theilungsstelle der Aorta hinauf aus; so weit sie sich nicht dem Auge und Gefühle entziehen.

Carcinomatöse Drüsen kommen schon so früh vor, dass sie in Fällen beobachtet wurden, wo die Carcinomdiagnose durch die Probeexcision hatte gestellt werden müssen. Man kann hoch oben an der Theilungsstelle der Aorta eine Drüse carcinomatös finden, während sonst alle Drüsen frei von Carcinom sind. Diese Verhältnisse werden an schematischen Zeichnungen demonstrirt.

Es muss also principiell abdominal operirt werden, weil die Parametrien vollkommen frei sein und doch Drüsen erkrankt sein können, die dem Nachweise durch die Palpation nicht zugänglich sind.

Carcinomatöse Infiltration der Parametrien ist an sich keine Kontraindikation für die Operation, wenn der Kräftezustand dieselbe noch erlaubt. Seit seiner ersten Mittheilung im Archiv hat W. 27 neue Fälle operirt; davon sind 5 gestorben, 2 von diesen 5 an Ileus.

Diskussion: Latzko spricht sich für den präventiven Ureterenkatheterismus aus; weil der Eingriff klein ist und sichere Gewähr gegen eine Verletzung bietet. Die Blutungen, die gelegentlich nach Ureterenkatheterismus beobachtet wurden, wie L. durch ein Präparat beweisen konnte, wurden, durch Decubitus im Nierenbecken verursacht. Derselbe kann künftig durch Wahl weicher Katheter vermieden werden.

Er operirt seit 1895 principiell abdominal.

Herm. W. Freund hat 15mal abdominal operirt, 3mal bei Carcinomen, die auf den Uterus beschränkt waren, 12mal bei verbreiteten. Die erstgenannten 3 Fälle sind glatt zu operiren gewesen, geheilt und bis jetzt (einer ist über 2 Jahre in Beobachtung) recidivfrei geblieben. Beim 1. Falle fanden sich, trotzdem das Cervixcarcinom ein beginnendes war, die Beckenlymphdrüsen bereits krebsig inficirt und wurden entfernt. Im 1. Falle wurde an einer jungen Frau in den 20er Jahren, die kurz vorher geboren hatte, operirt. Hier keine Lymphdrüsenbetheiligung. Dieser Fall ist seit 14 Monaten recidivfrei, was F. auf die ausgiebige Mitentfernung von Beckenbindegewebe und Scheide bezieht. Im 3. Falle wurde bei bestehender Kavernenbildung in den Lungen operirt, weil ein auf die Portio beschränktes Kratergeschwür durch Blutungen und Fluor die Kräfte schneller konsumirte, als

die Phthise. Hier wäre bei vaginalem Operiren die Portio zerrisen, der Blutverlust groß gewesen. Die F.'sche Operation aber verlief rasch und ohne nennenswerthen Blutverlust. Von den 12 bei verbreitetem Carcinom operirten Frauen starben 2 urämisch in Folge von Verletzungen der Ureteren. Diesen Umstand hält F. für bedenklicher als die Infektion, die er unter seinen 15 Fällen nie beobachtet hat. Er unternimmt daher keinerlei besondere desinficirende Vorbereitungen des Uterus vor der Operation und würde Krebsimplantationen von abgebröckelten Tumormassen in das Peritoneum nicht für wesentlich halten, weil, wie er früher beim Ovarialcarcinom nachgewiesen hat, diese sekundären Tumoren nicht weiterwachsen, sondern bindegewebig untergehen. — F. hat in verschiedener Weise operirt, abdominal begonnen und vaginal beendet, das Peritoneum über den Stümpfen vernäht oder offen gelassen, jetzt operirt er seit über 2 Jahren ähnlich wie Wertheim, dringt im Beckenbindegewebe stumpf vor, löst so auch die Scheide weit aus und amputirt sie unterhalb des Carcinoms. — F. hebt die Leichtigkeit und Sicherheit der abdominalen Operation hervor bei auf den Uterus beschränkten Carcinomen. Bei diesen wird er stets so operiren. Bei verbreitetem Carcinom ist die erweiterte F.'sche Operation ihm nicht befriedigend erschienen, wesshalb er sie in Zukunft bei solchen Umständen nicht mehr ausführen wird.

Zweifel. Vortr. hat trotz weitgehender Auslöffelung und Verschorfung 2mal im paravaginalen Schnitte ein lokales Recidiv gesehen. Die Entstehung von Thromben in den Venen ist bedingt durch Infektion. Embolien werden am besten durch präventive Unterbindung, Durchschneidung und Verschorfung vermieden. Er hat bei Innehalten dieses Verfahrens nie eine Embolie erlebt, in einem kurzen Zeitraume, wo er davon abgegangen war, 3. Das parasacrale Verfahren hat Z. aufgegeben wegen der schlechten Heilungsresultate. Primärheilungen waren selten.

Bei der vaginalen Totalexstirpation, Klammer- und Ligaturmethode zusammengerechnet, hatte Z. bis 1895 13% Mortalität, von da bis jetzt nur 2,2%. Für die Klammermethode allein stellt sich die Mortalität auf 2,3%. Seine Zahlen für Nebenverletzungen stimmen fast genau mit denen Olshausen's überein, nämlich 4,8%.

Die Frage, ob die vaginale oder die abdominale Methode bessere Resultate ergeben wird, lässt sich nicht theoretisch, sondern nur praktisch entscheiden.

Der Schuchardt'sche Schnitt ist kein paravaginaler Schnitt, sondern ein lateraler Scheidenschnitt, da die Scheide seitlich gespalten wird.

Staude tritt für die Schuchardt-Operation ein, welche von ihm principiell zweiseitig ausgeführt wird. Es handelt sich bei der von S. ausgeführten Operationsmethode nicht nur um einen paravaginalen Hilfsschnitt, sondern um eine vollständige Spaltung des Scheidenrohres in einen unteren und oberen Theil. Vermöge dieser doppelseitigen S.'schen Scheidenspaltung, welche bei wenig beweglichem Uterus diesen erst vollständig zugänglich zu machen vermag, wird nach Eröffnung des vorderen und hinteren Peritoneums nach Umschneidung der Portio das paracervicale Bindegewebe ausgiebig freigelegt und kann in großer Ausdehnung entfernt werden. Auf die möglichst reichliche Excision dieses um die Cervix herum befindlichen Gewebes, womöglich bis an die Beckenwand heran, legt S. den Hauptwerth, da es ihm erscheint, als ob dieses Gewebe von der Vagina her mindestens eben so gut, wenn nicht besser zugänglich sei als vom Abdomen, da die Möglichkeit der Entfernung aller Drüsen fraglich ist und die Gefahr bei der vaginalen Methode entschieden geringer ist als bei der abdominalen. Die Operation verläuft, einen wenig beweglichen Uterus vorausgesetzt, ungefähr folgendermaßen: Präparirung des Carcinoms mit Paquelin, so weit es die Zugänglichkeit des Uterus zulässt. Durchtrennung der unteren 2 Drittel der Vagina mit Paquelin oder Messer, Verlängerung des Schnittes bis etwas über den Anus und Vertiefung desselben. Dann Unterminirung des oberen Scheidendrittels bis hinter die Portio und Durchtrennung mittels Schere. Blutung manchmal bedeutend. Dasselbe an der anderen Seite. Nun wird der zugängliche Uterus gefasst, unter Mitnahme von so viel Vagina, als man will, umschnitten, wobei die Schnitte in

die seitlichen Scheidenschnitte fallen, und vorderes und hinteres Peritoneum eröffnet. Unterbindung der Ligamente von unten nach oben und Excision des Uterus, wobei man von dem Parametrium entfernt, was man kann. Schluss des Peritoneums unter Einnähung der Stümpfe in die Wundwinkel und Vernähung der Scheidenschnitte. Ein Nachtheil der Scheidenschnitte ist, dass darin Impfrecidive entstehen können.

Resultate: 42 Operation, davon 5 gestorben, 1 an Chok, 1 an Herzdegeneration, 1 unter tief sinkender Temperatur am 12. Tage post operat., 1 6 Wochen post operat. an allgemeiner Carcinose, 1 an septischer Peritonitis.

Recidivstatistik: Unter 36: 15 Recidive, 4 unermittelte Ausgänge, die anderen bisher gesund.

S. schließt daraus: Wenn unter meist ungünstigen, nach den früheren Methoden nicht mehr operirbaren Fällen — vielleicht mit Ausnahme von 4—5 — die Recidive sich im Vergleich zu S.'s früheren vaginalen Radikaloperationen gebessert haben, so erweitere man das Verfahren auf alle, auch die leichteren Fälle und wird vermuthlich dann bessere Dauerresultate haben.

Hofmeier. Das Resultat der letztjährigen Veröffentlichungen und der Referate ist eine völlige Bankerotterklärung der vaginalen Totalexstirpation, wie sie seither geübt wurde. H. vertritt den Standpunkt, dass, um Dauerheilungen zu erzielen, nicht immer der ganze Uterus entfernt werden muss; für das Portiocarcinom genügt die supravaginale Amputation. Nach Winter's Statistik ergiebt sie 26,3% Heilungen gegenüber 29% der Totalexstirpation. Von fundamentaler Bedeutung ist der Schlusssatz Winter's: Auf dem frühzeitigen, nicht auf dem ausgedehnten Operiren liegt die Bedeutung. Bezüglich der abdominalen Radikaloperation muss man konsequent sein und die Entfernung sämmtlicher Drüsen verlangen; da diese, wie Wertheim zugiebt, nicht möglich ist, ist das Resultat so unsicher, dass man die große Gefahr der Operation dafür nicht in Kauf nehmen sollte.

Chrobak verwirft die supravaginale Amputation nicht, wie Hofmeier meint, principiell. Vaginal leicht zu entfernende Uteri abdominal anzugreifen, kann er sich nicht entschließen. Er hat 37,1% Heilungen. C. ist der Überzeugung, dass das Carcinom infektiöser Natur ist. Er legt besonderen Werth auf die Prophylaxe die von den Hausärzten durchgeführt werden muss.

v. Rosthorn. Es giebt sehr verschiedene Formen von Uteruscarcinom, und wenn dieselben schon anatomisch nicht aus einander gehalten werden können, so können sie es noch weniger klinisch und prognostisch. Manche Frauen verlassen nach leicht durchgeführter Totalexstirpation die Klinik schon mit einem Recidiv, bei anderen, wo nur noch palliative Behandlung möglich war, macht das Carcinom jahrelang kaum Fortschritte. — Der abdominalen Totalexstirpation hat sich v. R. zugewandt, weil er überhaupt die abdominalen Methoden bevorzugt. Daraus erklären sich auch seine guten Resultate bei der abdominalen Carcinomoperation. Eine möglichst intensive Vorbereitung des Carcinoms hält v. R. für nöthig. Ureterennekrose wird nur in den Fällen zu erwarten sein, wo der Ureter von Carcinommassen umgeben ist.

Die Ureterenresesektion in jedem solchen Falle auszuführen, hält v. R. nicht für richtig; weiter geht er in der Resektion der Blase, die gute Heilungschancen bietet, wenn sie nicht zu viel mechanisch insultirt wurde.

Die prognostisch ungünstigsten Fälle sind die Cervixcarcinome. Die supravaginale Amputation lässt auch v. R. für ganz im Beginne stehende Portiocarcinomfälle gelten.

Martin hat seit 1888 keine Statistik mehr veröffentlicht, weil sie einer gleichmäßigen Grundlage entbehrt. M. erklärt sich bereit, nach den gehörten Vorträgen auch einerseits den abdominalen Weg zu prüfen. Dieser Entschluss fällt ihm schwer wegen der Schwierigkeit, die der klinische Nachweis carcinomatöser Drüsen macht.

Bei der vaginalen Operation hat er im Schuchardt'schen Schnitte eine wesentliche Unterstützung gefunden. Die Döderlein'sche Methode hat er nachgeprüft und empfiehlt sie warm. Blasenverletzungen sind bei derselben nicht zu fürchten. M. empfiehlt für noch vaginal Operirende den Schuchardt'schen Schnitt und das Verfahren von Döderlein.

Jordan hält die abdominale Operation nur für erlaubt, wenn die vaginale Totalexstirpation unmöglich ist. Eine radikale Entfernung der Drüsen hält er für unmöglich und eine theilweise für nutzlos.

Die Anhänger der radikalen abdominalen Operation lassen sich von einem praktischen und einem theoretischen Gesichtspunkte leiten. Der praktische ist der, dass sie behaupten, die vaginale Totalexstirpation gäbe ungenügende Resultate. Dem gegenüber ist hervorzuheben, dass die vaginale Totalexstirpation des Uterus bessere Dauerresultate giebt wie z. B. des Rectum. Die theoretische Forderung der radikal Operirenden ist die Exstirpation der Lumbaldrüsen, nach Analogie der Entfernung der Achseldrüsen bei Mammacarcinomen.

Zum Vergleiche mit der Uterusexstirpation darf aber nicht die Mammaamputation gewählt werden, es müssen vielmehr dazu die Carcinome der Organe der Bauchhöhle herangezogen werden, z. B. die des Magens oder der Gallenblase. Bei diesen aber wird von der Mehrzahl der Chirurgen die Entfernung der zugehörigen Drüsen abgelehnt.

Veit. Die Frage, auf welchem Wege operirt werden soll, kann durch die Statistik nicht gelöst werden, sondern nur durch die Anatomie. Das Bestreben muss darauf gerichtet sein, Kenntnis davon zu gewinnen, welche Carcinome Drüsenmetastasen machen und welche nicht. Die vorliegenden Resultate geben die Berechtigung, Fälle mit Drüsenmetastasen abdominal zu operiren. Die von V. operirten Fälle sind alle am Recidiv gestorben. Zur Beschreitung des abdominalen Weges auch in leichten Fällen würde V. sich entschließen, wenn er die Überzeugung gewinnt, dass auch die beginnenden Carcinome schon mit Drüsenmetastasen verbunden sein können.

Die Portiocarcinome können auch durch die hohe Excision geheilt werden.

Jedes Carcinom, bei dem Operation in Betracht kommt, soll mit desinficirter Hand untersucht werden.

Fritsch. Während sonst die Referate und die Diskussion eines Themas einen gewissen Abschluss brachten — ich erinnere nur an die Symphyseotomie — ist heute das Gegentheil zu konstatiren. Der Fortschritt vollzieht sich in extremen Richtungen: die Einen sprechen wieder für die kleinste Operation: die Amputation, die Anderen gehen im radikalen Operiren immer weiter. — Es giebt hier 3 Operationen: 1) Die Amputation der Portio. Mit den Einschränkungen auf kleine Portiocarcinome, mit der sie die letzten Autoren empfehlen, muss sich Jeder einverstanden erklären. Es ist gewiss ausgezeichnet, wenn man mit der kleinen, wenig eingreifenden Operation, nach der die Pat. nach 6—7 Tagen das Bett verlassen kann, ein Carcinom wirklich heilt. Ich habe auch das Glück, einen solchen Fall operirt zu haben. Allein mit den Einschränkungen verliert wegen der Seltenheit diese Operation an praktischer Bedeutung. Und gerade bei diesen leichten Fällen ist auch die Totalexstirpation von vorzüglicher Prognose. 2) Von der 2. Operation — der vaginalen Totalexstirpation — wurde gesagt, wir hätten damit bankrott gemacht, sie solle völlig durch die abdominellen Methoden ersetzt werden. Und das wurde gesagt von einer Operation, bei der bessere Resultate erzielt sind, als bei irgend einer anderen Carcinomoperation! Ich glaube ca. 10% Heilungen zu haben, Andere sprachen von 17 und 25%! Für die 3. Operation, die erweiterte Freund'sche, schien außer Wertheim Niemand sehr begeistert. Es klang so, als ob die Meisten sie mit schwerem Herzen und nicht zu großen Hoffnungen machten. Und schließlich wurde betont, dass weder unsere Kunst noch unsere Methoden die Prognose bessern könnten, die Hauptsache sei ein, wie ich meine, von uns völlig unabhängiger Faktor, auf den wir sehr wenig Einfluss haben: das zeitige Operiren! M. H. Ich verstehe nicht recht, wie man bei

diesen Ergebnissen der Debatte von Genugthuung sprechen kann. Ich meine, dass wir deprimirt sein müssten, dass das Resultat ist: Wir müssen wieder von vorn anfangen.

Der Grund, wesshalb ich das Wort ergriff, ist folgender: Ich glaube ganz allein dazustehen, für völlig veraltet erklärt zu werden, wenn ich noch heute für die Tamponade des Scheidenloches plaidire. Mit geringer Unterbrechung habe ich nach wie vor nach der Totalexstirpation tamponirt. Da man gesagt hat, diese Tamponade bewirke Ileus, habe ich mir die Statistik meiner Fälle ausgezogen. Ich machte seit 1883 395mal die Totalexstirpation. Davon starben 26 = 6,5%. Es ist interessant, dass diese Zahl fast übereinstimmt mit der aller Operateure. Unter diesen Todesfällen sind nur 2 = 0,5% Fälle von Ileus. Jedenfalls also war der Ileus nicht häufiger als bei Abschluss des Loches mit der Naht. Verwachsung mit Därmen oder Netz ist nicht zu fürchten. Freilich muss man den Tampon erst am 10.—14. Tage entfernen und die Nähte nur herausziehen, wenn sie lose sind. Es kann das nach Wochen erst geschehen.

Döderlein bespricht seine neue Methode der vaginalen Totalexstirpation. Er hat 80mal ohne Todesfall danach operirt.

Die Operation beginnt mit Längsspaltung der hinteren Cervixwand durch einen senkrecht zur Douglasfalte gelegten, im Gewölbe beginnenden Schnitt, der den Douglas eröffnet. Nach querer Erweiterung wird die hintere Uteruswand unter Einsetzung von Collin'schen Zangen in die Wundränder successive bis zum Fundus, dann an der vorderen Wand herab bis zum Ansatze der Plica vesico-uterina gespalten. Bisher wurde noch keine Ligatur und keine Klemme gelegt. Es folgt die Spaltung der vorderen Cervixwand von der Cervicalschleimhaut aus. Die Blase löst sich ganz von selbst im lockeren Bindegewebe von der Cervixwand ab, sobald dieselbe völlig durchtrennt ist. Eine Gefahr der Blasenverletzung besteht nicht. Die Parametrien sind jetzt leicht zugänglich, die Ligamente können leicht versorgt und die Totalexstirpation vollendet werden.

Wertheim (Wien) schildert zunächst die Technik der von ihm seit nun fast 3 Jahren geübten Methode der Radikaloperation, wie sie sich im Laufe der Zeit herausgebildet hat. An der Hand von vergrößerten photographischen Aufnahmen beschreibt er die einzelnen Phasen seiner Operationsmethode, welche als eine vollkommen typische bezeichnet werden muss.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Medianschnitt von der Symphyse bis zum Nabel — bei ziemlich steiler Beckenhochlagerung — wird der Uteruskörper mit einer Kugelzange erfasst und stark vorgezogen. Dadurch, dass ein Assistent die Adnexe vor- und seitwärts zieht, werden die Ureterengegenden frei gelegt, und man sieht fast immer sofort die Ureteren durch die Serosa durchschimmern. Präventive Sondirung derselben ist, wie Vortr. schon wiederholt hervorgehoben hat, nicht nur überflüssig, sondern auch wegen des langen Liegens der Sonden schädlich. Auch wenn die Ureteren — wie dies gelegentlich bei Perimetritis oder bei starkem subperitonealen Fettreichthume vorkommt — nicht durchschimmern, sind sie nicht schwer zu finden: ist doch ihr Verlauf ein vollkommen typischer. Man hebt das Peritoneum über denselben mit 2 Pincetten auf und spaltet es sodann nach unten bis zur Stelle, wo sie in das Parametrium eindringen.

Es folgt der II. Akt. Der Uteruskörper wird nabelwärts gezogen, und nun die Blase vom Collum separirt, die Ligg. rot., infundibulo-pelvica und lata ligirt und durchtrennt.

Der III. Akt besteht darin, dass zuerst auf der einen, dann auf der anderen Seite der Zeigefinger längs des Ureters durch das Parametrium durchgeschoben wird, so dass seine Kuppe vorn an der Blase, und zwar dort, wo der Ureter in dieselbe einmündet, sichtbar wird. So lagert der Zeigefinger die Vasa uterina auf sich, die nun ligirt und durchschnitten werden. So sieht man jetzt beide Ureteren in ihrem ganzen Verlaufe bis zur Einmündung in die Blase frei liegen.

Der IV. Akt besteht in der Durchtrennung der Ligg. sacro-uterina, welche knapp am Rectum vorgenommen wird, worauf das Peritoneum dazwischen gespalten

und der Mastdarm von der Scheide abgeschoben wird (was sehr leicht vor sich geht).

Indem nun vorn die Blase noch weiter vom Scheidenrohre separirt wird (das lässt sich beliebig weit durchführen, event. bis zum Introitus vaginae, wodurch die Totalexstirpation der Vagina ermöglicht wird: vide d. Centralbl. 1900 No. 52), ist letzteres allseitig und ringsum zu einem freien Schlauche geworden, und es erfolgt der V. Akt: die Abklemmung desselben mittels zweier vom Vortr. angegebenen rechtwinklig gebogenen Knieklemmen unterhalb des Carcinoms.

Der VI. Akt besteht in der Absetzung der Scheide unterhalb dieser Klemmen.

Dieses Klemmenmanöver macht jede Vorbereitung des Carcinoms überflüssig und schließt jede Infektion sowohl des Peritoneums als des Zellgewebes fast mit Sicherheit aus. Vortr. wendet nur die eine Vorsicht an, dass er unmittelbar vor der Anlegung der Klemmen die Vagina von einer an der Operation unbetheiligten Hand nochmals auswischen lässt, zuerst mit Sublimattampons, dann mit trockenen Tampons: so werden die durch die vorausgegangenen Manipulationen abgebröckelten und ausgequetschten Carcinommassen entfernt, und bei der Eröffnung befindet sich das Scheidenrohr in thunlichst reinem Zustande.

Der VII. Akt besteht in der Freilegung der großen Gefäße und Exstirpation der daselbst auffindbaren Drüsen sammt umhüllendem Fettzellgewebe. Man muss auch hier nach einem bestimmten Schema vorgehen: Vortr. pflegt zuerst die Außenseite der Vasa iliaca comm. und externa vorzunehmen, sodann die Innenseite der Vasa hypogastr. und Vasa iliaca comm., zuletzt das Dreieck zwischen den externen und den hypogastrischen Gefäßen. Über die Theilungsstelle der Aorta ist er niemals aufwärts gegangen.

Die Wundversorgung gestaltet sich derart, dass das Blasenperitoneum dachartig nach hinten gelegt und mit dem Peritoneum des Mastdarmes resp. der Flexura vereinigt wird. Auch die Ureteren und die Gefäße werden wieder mit Peritoneum bedeckt. Der subperitoneale Raum ist zur Vagina hinab mit einem kurzen Stückchen Jodoformgaze drainirt.

Da die hier beschriebene Operationstechnik eine absolut typische ist, so kann durch Schulung des Operateurs und der Assistenz in Folge der Selbstverständlichkeit der in jedem Momente zu leistenden Handgriffe große Zeitersparnis erzielt werden. In nicht komplicirten Fällen braucht Vortr. (inkl. Bauchnaht) 70 bis 75 Minuten, in etwas schwierigeren Fällen 80—90 Minuten. Sehr selten dauert bei ihm jetzt eine solche Operation $1^3/_4$—2 Stunden, was in der 1. Serie seiner Fälle (siehe Archiv für Gynäkologie Bd. LXI Hft. 3) noch öfters der Fall war.

Dass diese Operationstechnik in Bezug auf radikales Vorgehen außerordentlich leistungsfähig ist, beweisen die vom Vortr. vorgelegten Präparate. Ausnahmslos sieht man an den Uteris breit und massig die Parametrien und eine breite Scheidenmanschette. Nicht ein Präparat ist zerrissen oder zerfetzt, nirgends das Carcinom angebrochen, obwohl unter den vorliegenden 12 Uteri (die Uteri der letzten 12 Operationen) sehr weit vorgeschrittene Carcinome sich befinden. Ein Vergleich mit vaginal nach welcher Methode immer exstirpirten Uteris ist ungemein instruktiv.

Zu den im Archiv für Gynäkologie Bd. LXI Hft. 3 publicirten 29 Fällen kommen nun weitere 28 Fälle hinzu, so dass W. im Ganzen über 57 Fälle verfügt. Während von den ersten 30 Fällen, in denen allerdings die Indikationsstellung — wie bereits wiederholt hervorgehoben — zu weitgehend war, 12 dem Eingriffe erlagen, sind von den letzten 27 Fällen nur mehr 5 gestorben; davon 2 an Ileus ohne mikroskopisch nachweisbare Peritonitis, 1 an Miliartuberkulose der Lungen, 1 an Chok (bei der Sektion fanden sich Lebermetastasen) und 1 an Pyelonephritis nach Entstehung von beiderseitiger Ureteren-Scheidenfistel.

Von diesen Todesursachen erfordert die letztgenannte eine specielle Betrachtung. Denn während Chok, Peritonitis, Ileus etc. auch sonst bei irgend welchen größeren und länger dauernden Eingriffen eine Rolle spielen, ist jene der beschriebenen Operationstechnik eigenthümlich, so zu sagen specifisch. Denn es unterliegt keinem Zweifel, dass die Auslösung des Uterus hierfür angeschuldigt werden muss. Die in den letzten Jahren so oft betonte Toleranz des Uterus gegen derartige Ein-

griffe scheint doch gewisse Einschränkungen erfahren zu müssen. In keinem der 57 Fälle wurde der Ureter durch die Operation verletzt, und doch kam es in 5 Fällen zur Bildung einer Ureterenfistel. Immer machte sich dieselbe erst vom 10. bis 12. bis 14. Tage an bemerkbar. Es handelte sich um eine allmählich sich ausbildende Kontinuitätsstörung des Ureters, offenbar bedingt durch mangelhafte Ernährung der Ureterenwand. In einem dieser Fälle kam es in Folge aufsteigender Infektion zur Pyelonephritis, die nach 5 Wochen zum Exitus letalis führte. In einem anderen Falle schloss sich die Ureterfistel nach ca. 3wöchigem Bestande spontan, und wurde von da an der Urin wieder in die Blase entleert. In den 3 anderen Fällen wurde die Nephrektomie ausgeführt und so Heilung herbeigeführt.

Warum in den genannten Fällen der im Allgemeinen so genügsame und tolerante Ureter in Folge der Operation fistulös wurde, kann Vortr. heute noch nicht mit Sicherheit entscheiden. Gemeinsam war allen diesen Fällen, dass das Carcinom sehr weit vorgeschritten war, so dass die Ureteren von demselben gleichsam abgelöst werden mussten, und dass die Nekrose ca. 2—2$^1/_2$ cm von der Blasenmündungsstelle entfernt, also in der Pars vesicalis der Ureteren saß, wie durch die Ureterensondirung von der Blase her (cystoskopisch) festgestellt wurde. Wahrscheinlich ist es dem Vortr., dass beim Zustandekommen dieser Fistelbildungen jenes Gefäßchen eine Rolle spielt, das von der Art. uterina entspringt und für die Ernährung der Pars vesicalis der Ureteren von Wichtigkeit zu sein scheint. Jedenfalls sind genauere Untersuchungen über die Gefäßversorgung der Ureteren nöthig, als sie bisher vorliegen. Die Pars vesicalis der Ureteren scheint nicht so tolerant zu sein, als die Pars pelvina.

So wünschenswerth es wäre, zum Zwecke der Vergleichung sowohl der primären Resultate, als der Dauererfolge für die abdominale Operation mit Exstirpation der Parametrien und Drüsen genau dieselbe Indikationsstellung zu üben, wie für die vaginale Uteruskrebsoperation, so ist dies doch in der Praxis nicht durchführbar. So überlegen ist das abdominale Vorgehen, dass man unwillkürlich die Grenzen der Operabilität weiter zieht und Fälle angreift, die man von der vaginalen Operation unbedenklich zurückgewiesen hätte. So befanden sich unter den letzten 27 Fällen des Vortr. mindestens 12, die auf vaginalem Wege inoperabel oder, richtiger gesagt, nicht radikal operabel waren.

Auch möchte der Vortr. die Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne nochmals (siehe Archiv für Gynäkologie Bd. LXI Hft. 3) darauf hinzuweisen, dass mit Rücksicht darauf, dass massig infiltrirte Parametrien carcinomfrei und normal sich anfühlende Parametrien von Carcinomsträngen durchzogen sein können, die bisher übliche Indikationsstellung etwas modificirt werden muss. Hauptsache hierbei sind nach Ansicht des Vortr. einerseits die Ausdehnung des primären Herdes (am besten lässt sich dieselbe konstatiren durch die Anwendung des scharfen Löffels), andererseits der Zustand der allgemeinen Ernährung und der Herzaktion. Für die Grenzen der Operabilität allgemeine Grundsätze aufstellen zu wollen, wie dies bisher geschah, scheint dem Vortr. nach seinen persönlichen Erfahrungen unthunlich. Man muss auch hier mehr individualisiren.

Eine specielle Kontraindikation gegen das abdominale Verfahren ist besonders hochgradige Adipositas. Auf die erwähnten 57 Fälle von abdominaler Operation kommt 1 Fall, in welchem wegen des enormen Fettreichthums vom abdominalen Wege Abstand genommen und der Bauch wieder geschlossen werden musste, worauf der Uterus vaginal exstirpirt wurde; in einem 2. Falle wurde sogleich der vaginale Weg gewählt.

Die vom Vortr. in der 1. Serie angestellten Serienschnittuntersuchungen der exstirpirten Drüsen und Parametrien wurden auch in der 2. Serie durchgeführt. Unter den 27 Fällen der 2. Serie waren die Drüsen 7mal carcinomatös, also unter allen 57 Fällen 18mal, d. i. in 31,5% der Fälle. Für die Richtigkeit und Exaktheit dieser Untersuchungen übernimmt Vortr. die volle Verantwortung, und steht das betreffende Präparatmaterial, das, aus vielen Tausenden von Schnitten bestehend, im Laboratorium der Bettinastiftung sich befindet, Jedem zur Einsichtnahme und Kontrolle an Ort und Stelle zur Verfügung.

An der Hand von Schemata, die genau nach dem Muster der im Archiv für Gynäkologie Bd. LXI Hft. 3 abgebildeten Schemata angelegt sind, erörtert sodann der Vortr. die Art der Drüsenbetheiligung in den einzelnen Fällen. Nur in der Minderzahl der Fälle sind mehrere oder viele Drüsen gleichzeitig erkrankt; in der Mehrzahl der Fälle sind nur 1 oder 2 Drüsen carcinomatös. Es scheint hierin ein bedeutungsvoller Unterschied gegenüber dem Verhalten der Drüsen beim Mammacarcinom zu liegen.

Zwischen der Drüsenerkrankung und dem klinischen Befunde der Parametrien besteht keineswegs eine konstante Relation. W. verfügt über eine Reihe von Fällen, in welchen bei scheinbar ganz freien Parametrien die Drüsen krebsig waren. Andererseits waren in zahlreichen Fällen trotz Krebsigseins der Parametrien die Drüsen frei von Carcinom. Ihm scheint, dass — entsprechend der Lehre Gussenbauer's — die krebsige Erkrankung der Drüsen in jenen Fällen, in denen sie überhaupt eintritt, relativ frühzeitig zu Stande kommt.

Was die Dauerresultate betrifft, so kommt hierfür natürlich die 2. Serie nicht in Betracht. Aber auch die 1. im Archiv für Gynäkologie publicirte ist noch zu jung. Immerhin erscheint es bemerkenswerth, dass von den in Betracht kommenden Fällen erst einer recidiv geworden ist. Wenn die vom Vortr. geübte Operationstechnik nicht mehr leisten würde, als die vaginale Operation, müssten schon weit mehr Recidive zur Beobachtung gekommen sein.

Wenn andere Operateure, wie z. B. Jakobs, bei ihren abdominal operirten Fällen fast eben so schlechte Dauererfolge erzielt haben, als mit der vaginalen Operation, so ist zu bedenken, dass diese nicht entfernt so radikal operirt haben, als der Vortr. Je weniger radikal, desto besser die primären Resultate, desto schlechter die Dauererfolge.

Wenn man ihm entgegenhalte, dass eine vollständige Ausräumung der Drüsen unmöglich sei, so gebe dies Vortr. in gewissem Sinne zu; er berufe sich aber auf die praktische Erfahrung, dass Fälle, in welchen er vor 2—3 Jahren krebsige Drüsen entfernt habe, bis heute recidivfrei seien.

Ob es möglich sein wird, späterhin eine Auswahl zu treffen, in welchen Fällen die vaginale Operation ausreiche und in welchen die abdominale Operation indicirt sei, könne derzeit noch nicht entschieden werden.

Der Vortr. hofft, dass er bald in der Lage sein wird, über eine 3. Serie von Fällen mit noch besseren primären Erfolgen zu berichten.

Schatz hat seit 1881 120 Totalexstirpationen gemacht mit Heilung von 33,3%. Er macht auf das Vorkommen zweier primärer Krebse an verschiedenen Organen derselben Kranken aufmerksam. Er hat solche zweifache Krebserkrankung unter seinen 120 Fällen 3mal beobachtet.

Löhlein ist durch das Ergebnis der Debatte nicht deprimirt. Mit der Zeit ist der Procentsatz der operablen Fälle überall gestiegen. Das ist ein unzweifelhafter Fortschritt.

Freund (Schlusswort). Die Portiocarcinome bleiben der vaginalen Operation vorbehalten, aber die Corpus- und Cervixcarcinome sollten immer von oben operirt werden. Die Mehrzahl hat sich allerdings für die vaginale Operation ausgesprochen, die Minderheit, die für die abdominale Operation eingetreten ist, geht aber nicht entmuthigt aus der Debatte. Sie hatte sich nicht leichten Herzens zur abdominalen Operation entschlossen, sondern wurde durch die schlechten Dauerresultate der vaginalen Methode dazu gedrängt.

Winter (Schlusswort) resumirt die Ergebnisse der Diskussion folgendermaßen: Je früher die Carcinome operirt werden, um so besser sind die Erfolge. Es müssen Wege gesucht werden, die zur Frühoperation führen (Belehrung der Ärzte und Hebammen). Die partielle Operation ist in einer Reihe von Fällen als Radikaloperation anzuerkennen. Die sacrale Methode ist allgemein verlassen.

Die Gefahr der Impfrecidive ist anerkannt, eine Methode, sie sicher zu vermeiden, besitzen wir noch nicht. Die Gefahr der Infektion geht vom Carcinom aus. Die Resultate der vaginalen Methode haben sich gebessert. Der Schuchardt-

sche Schnitt hat fast allgemeine Billigung erfahren. Der Vortheil, den er bietet, liegt darin, dass er das Operationsgebiet zugänglicher macht und reinlicheres Operiren ermöglicht, nicht weil er die Gewähr böte, die Parametrien besser ausräumen zu können. Ungefährlich ist der Schnitt nicht. Wegen der Gefahren der Infektion und Impfrecidive empfiehlt er, ihn offen zu behandeln. Die Frage, ob vaginal oder abdominal operirt werden soll, ist durch die Debatte nicht geklärt worden. Bezüglich der Miterkrankung der Drüsen widersprechen sich die Angaben direkt. Wir befinden uns in einem Übergangsstadium, wo es nicht möglich ist, bindende Indikationen für den abdominalen oder vaginalen Weg aufzustellen. Nach W.'s Ansicht soll man bei den auf den Uterus beschränkten Fällen bei der vaginalen Methode bleiben; ist das Carcinom auf die Parametrien übergegangen, so solll man die abdominale Operation versuchen. Zunächst muss danach gestrebt werden, eine abdominale Methode zu finden, die bessere Resultate giebt wie die Wertheim's; wir sind nicht so weit, die vaginale Operation aufgeben zu müssen, noch die abdominale annehmen zu können. Sehr wichtig ist die Erforschung der Gesetze, nach denen sich das Carcinom verbreitet.

Die Carcinome sind prognostisch ungleichwerthig. Die Schwangerschaftscarcinome geben 16% Heilung, die senilen 46%.

(Fortsetzung folgt.)

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

494. Sitzung am 18. Februar 1901.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Glockner.

I. Diskussion über den Vortrag des Herrn Krönig: Indikationsstellung zu geburtshilflichen Operationen wegen Beckenenge.

Herr Menge: Strassmann hielt auf der Naturforscherversammlung in Nürnberg im Jahre 1893 einen Vortrag über die Perforation des nachfolgenden Kopfes und kam dabei auch auf die Kraniotomie im Allgemeinen, auf Symphyseotomie, Kaiserschnitt und prophylaktische Wendung zu sprechen. Schon damals betonte ich in der Diskussion, dass die prophylaktische Wendung der Symphyseotomie gegenüber als konservirende Behandlungsmethode beim engen Becken desshalb weniger werthvoll sei, weil man sich zur Wendung entschließen müsse, bevor man ein Urtheil darüber gewonnen hat, ob der vorangehende Kopf des Kindes den verengten Beckeneingang der Mutter spontan passiren kann oder nicht.

Zweifel hatte damals schon in der Leipziger Klinik 19 Symphyseotomien mit glücklichem Ausgange für die Mutter ausgeführt und gezeigt, wie man nach vollzogenem Schamfugenschnitte durch eine rein exspektative Leitung des weiteren Geburtsverlaufes die allgemein als schlimmste Komplikationen der Symphyseotomie bezeichneten Zerreißungen der vorderen Vaginalwand verhüten könne. Die Symphyseotomie sollte desshalb immer als eine rein vorbereitende Operation betrachtet werden.

Strassmann wies in seinem damaligen Vortrage selbst schon auf die Thatsache hin, dass auch bei engen Becken II. Grades noch spontane Geburten ohne üble Nachwirkungen oft genug vorkommen, wenn man nur mit der nöthigen Geduld den natürlichen Geburtsverlauf abzuwarten versteht. Das ist aber fraglos, wie auch Herr Krönig heute überzeugend dargethan hat, ein ganz besonderer Vorzug der Symphyseotomie der prophylaktischen Wendung gegenüber, dass man sie erst dann vornimmt, wenn schon längere Zeit hindurch kräftige Wehen auf den Fruchtkopf eingewirkt haben. Man hat nicht mit der beständigen Angst zu rechnen, dass durch die abwartende Behandlung die Unmöglichkeit, eine die Frucht konservirende Operation auszuführen, veranlasst wird.

In Anlehnung an einen von Zweifel mit Symphyseotomie behandelten Fall von engem Becken erklärte ich in der Diskussion zu dem Strassmann'schen Vortrage, dass man mit der Symphyseotomie ruhig so lange warten könne, bis die Cervix Dehnungserscheinungen zeige. Diesen Satz will ich nicht aufrecht erhalten, sondern Herrn Krönig darin zustimmen, dass es rathsamer ist, die Mutter nicht erst in Gefahr kommen zu lassen.

Aus dem gleichen Grunde gebe ich auch die damals von mir vertheidigte Ansicht preis, dass Fieber intra partum nicht als Kontraindikation gegen die Operation gelten könne. Die anatomischen Verhältnisse der bei der Symphyseotomie gesetzten retrosymphysären Höhlenwunde sind im chirurgischen Sinne in der That so ungünstige, dass man bei Fieber während der Geburt, wegen der Möglichkeit der Infektion derselben, die Symphyseotomie unterlassen soll.

Darin ist Herrn Krönig unbedingt zuzustimmen, dass keine andere die Frucht konservirende operative Behandlung des engen Beckens I. und II. Grades eine so scharfe Indikationsstellung erlaubt wie gerade die Symphyseotomie. Der Kaiserschnitt giebt ihr meiner Ansicht nach in diesem Punkte allerdings nicht so viel nach, wie Herr Krönig angiebt; ich glaube, dass man auch nach dem Fruchtwasserabflusse noch in Ruhe einige Zeit warten kann, bevor man sich zur Sectio entschließt.

Dagegen schweben die Indikationen für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und für die prophylaktische Wendung beim engen Becken völlig in der Luft. Das geht aus den interessanten Zusammenstellungen Krönig's deutlich hervor. Diese beiden Behandlungsmethoden haben für mich immer einen, wenn ich mich einmal so ausdrücken darf, unwissenschaftlichen Anstrich gehabt. Selbst wenn man mit diesen Verfahren bei Behandlung des engen Beckens günstige Resultate erzielt, bleibt immer ein Gefühl der Unzufriedenheit im Geburtshelfer zurück, da man selbst bei gut orientirender Anamnese sich immer wieder fragen muss, wäre es nicht auch gut gegangen, wenn man die Natur hätte allein walten lassen.

Eine direkt rohe Operation ist die hohe Zange, die meiner Überzeugung nach nie einen Kopf durch das enge Becken unbeschädigt hindurchleitet, wenn es die Natur vorher vergeblich versucht hat. Ich wende sie nie mehr beim engen Becken an, ganz besonders nicht versuchsweise vor einer Symphyseotomie, da man sich mit ihr alle Chancen zerstört.

Leider wird die hohe Zange in der allgemeinen Praxis beim engen und auch beim normalen Becken ohne dringende Indikation sehr häufig versucht und auch durchgeführt. Gewöhnlich ist dabei das Resultat folgendes: Wenn sie gelingt, war sie gewöhnlich nicht nöthig. War sie nach den jetzt gültigen Anschauungen thatsächlich indicirt, dann gelingt sie nicht. Im letzteren Falle tötet man öfter das Kind durch die Zangenversuche ab und hat dann wenigstens den einen Trost, dass man ein todtes oder wenigstens ein sterbendes Kind perforirt.

Herrn Krönig's Vorstellung von dem periodischen Andrängen des Kopfes an den engen Beckeneingangsring während der Wehe und das Zurückweichen desselben in der Wehenpause stimmt wohl für viele Fälle, aber nicht für alle. Wenn der Uterus nach dem Blasensprunge sich mit der Zeit fester um die Frucht herumschließt, dann wird der Kopf auch beständig gegen das Becken angedrängt. Das beweisen die zahlreichen Druckbrandfisteln in Ländern mit vielen engen Becken und wenig Geburtshelfern, wie Polen. In Sachsen sehen wir trotz der zahlreichen engen Becken nur selten wahre Druckbrandfisteln, weil es dort so viele Ärzte giebt. Dafür erscheinen aber die violenten Fisteln auf dem Plane.

Die durch die Walcher'sche Hängelage erreichbare Größendifferenz der Conjugata ist doch wohl etwas größer, wie Herr Krönig sie berechnet, da die Kreißende beim Pressen in Rückenlage sich nicht in der Ruhelage befindet, sondern mit stark flektirten Schenkeln und dadurch gepresstem Becken liegt.

Die letzte Frage, auf welche ich kurz eingehen möchte, betrifft des Kindes Recht auf Leben und ist eben so interessant und wichtig wie schwierig.

»Das Recht des Kindes auf Leben ist ein geheiligtes Recht, über welches Niemand zu verfügen hat, weder Vater noch Mutter noch Arzt noch sonst Jemand. Dieses Recht kann dem Kinde Niemand rauben. Die Wahl der Operation gehört allein dem Arzte.« So sagt Pinard, und Herr Krönig schließt sich ihm völlig an. Der Standpunkt ist gewiss ein sehr idealer, aber ich fürchte, dass er praktisch nicht immer durchführbar ist.

Pinard hat seine Anschauung von dem Rechte des Kindes auf Leben durch ein drastisches Beispiel zu beleuchten versucht, aber wohlweislich dabei Verhältnisse gewählt, die auch außerhalb der Klinik in der allgemeinen Praxis die Mutter nur wenig gefährden. Diesem möchte ich ein anderes Exemplum entgegenstellen. Eine kreißende Frau mit engem Becken ist durch eine vorausgegangene Kraniotomie darüber orientirt, dass sie per vias naturales entbunden werden kann. Der geburtsleitende Arzt wählt für dieses Mal als Entbindungsoperation den Kaiserschnitt und will mit der Narkose beginnen. Die Kreißende fragt aber den Arzt, was er zu thun gedenke; einen Kaiserschnitt verbitte sie sich auf alle Fälle. Wird unter solchen Verhältnissen der Arzt dennoch die Sectio machen? besonders unter nicht klinischen Bedingungen? Die Kreißende entscheidet bei dieser Sachlage ja nicht nur über das Kind, sondern auch über sich selbst. Das ist ihr Recht, welches man dem kindlichen Rechte auf Leben gegenüber um so weniger vergessen darf, je größere Gefahren die Entbindungsmethode der Mutter bringt. Angenommen, in einem solchen Falle geht die Mutter bei dem doch durchgeführten Kaiserschnitte zu Grunde, oder sie wird Zeit Lebens krank und arbeitsunfähig, was kann dann dem Arzte geschehen, der gegen ihren Willen operirt hat?

Ich habe diese Frage einem Richter des Reichsgerichts vorgelegt; er hat darauf geantwortet, dass er als Mann der Kreißenden Anklage gegen den Arzt erheben und als Richter den Arzt verurtheilen würde.

Bei der Betrachtung des Rechtes des Kindes auf Leben gegenüber dem Rechte der Mutter darf man nicht vergessen, dass von den ehelichen und auch von den unehelichen Kindern schon im 1. Lebensjahre viele zu Grunde gehen. Speciell von den unehelichen Kindern sterben im Verlaufe des 1. Jahres ca. 50%. Daraus will ich aber nicht etwa ableiten, dass das Recht der unehelichen Kinder auf Leben ein geringeres sei, wie das der ehelichen. Die Zahl soll nur zeigen, wie viele Kinder überhaupt sehr bald nach der Geburt besonders in großen Städten wieder erliegen.

Die enorm fleißige und hochinteressante Arbeit Krönig's wird zweifellos die konservative Behandlung des engen Beckens wieder mehr zu Ehren bringen und die Indikationsstellung für die einzelnen Operationen bei der Therapie des engen Beckens klären.

Vor allen Dingen erhoffe ich von Krönig's Arbeit eine gehörige Erschütterung der künstlichen Frühgeburt, der hohen Zange und der prophylaktischen Wendung.

Herr Littauer fragt Herrn Zweifel, wie er sich zu dem Verhalten Pinard's stelle bezüglich des Einspruchsrechtes der Mutter gegen geburtshilfliche Operationen, welche zur Rettung des Kindes unternommen werden.

Herr Zweifel: Auf die Anfrage des Herrn Littauer, wie ich über das Verhalten Pinard's in dem von Herrn Krönig besprochenen Falle denke, diene zur Antwort, dass ich gegebenen Falls eben so handeln würde und mich von einer Person, welche so offenherzig den Tod ihres Kindes wünscht, um es nicht ernähren zu müssen, mit Widerwillen abwenden würde. Man mag über die Noth sagen, was man will, so stehen die Ärzte in erster Linie unter der Pflicht, so viel sie können, Leben zu erhalten und nur dann ein Kind zu opfern, um die Mutter zu retten, wo sonst Mutter und Kind verloren wären. Der Arzt darf die Kranken zu diesem oder jenem von ihm für nöthig erachteten Eingriffe bewegen, nie aber darf er sich solche Eingriffe, die gegen sein Gewissen und die allgemeinen Grundsätze gehen, von den Kranken befehlen oder aufnöthigen lassen.

Es wäre in dieser Hinsicht ein Schritt vom rechten Wege der Anfang auf der schiefen Ebene, die dazu führt, dem Verbrecher in seinem Vorhaben zu helfen. Andererseits darf ein Arzt nicht ohne Einverständnis der Berechtigten eine Operation vornehmen.

Herr Plaut spricht zur juristischen Seite des Einspruchsrechtes der Mutter gegen an ihr vorzunehmende geburtshilfliche Operationen.

Herr Zangemeister: Herr Krönig hat die Anamnese vorausgegangener Geburten als zu unwichtig hingestellt; sie hat, richtig in Rechnung gezogen, doch bisweilen einen großen Werth. Nicht die Angabe, dass die Frau mehrfach operativ entbunden ist, ist hier von Bedeutung, sondern vorangegangene, genau beobachtete, abwartend behandelte Geburten.

Wir können aus der Geburtenanamnese hier und da ein Beckenmissverhältnis mit ziemlicher Sicherheit ausschließen, wenn die Frau mehrere leichte Spontangeburten durchgemacht hat, trotzdem wir eine verengte Diagonalis gemessen haben; andererseits sprechen vorangegangene Geburten, die immer schwerer und ungünstiger verlaufen sind, bei denen mit jeder weiteren Geburt die Lage ungünstiger, die Wehen schlechter, die Kinder größer geworden sind, mit großer Wahrscheinlichkeit für ein Missverhältniss von Kopf und Becken.

Prophylaktische Wendung und Frühgeburt geben allerdings schlechtere Resultate für die Kinder als abwartendes Verfahren, aber sie sollen ja hauptsächlich den Müttern zu gute kommen. Der Vergleich von Herrn Krönig: Mortalität von künstlicher Frühgeburt und Kraniokephaloklasie ist nicht berechtigt; denn letzterer sind auch alle beim abwartenden Verhalten auftretenden Zufälle (außer Fisteln vor Allem: Fieber, Tympanie, drohende Ruptur) anderer, schließlich spontan endender Fälle zur Last zu legen.

Ich glaube, dass künstliche Frühgeburt und prophylaktische Wendung, wenn auch eingeschränkt, in einzelnen Fällen zum Vortheil für die Mutter ausgeführt werden können.

Die Zange ist bei der Aufzählung der Behandlungsmittel des engen Beckens am besten ganz zu streichen. Die Ausgangszange ist beim platten Becken eher seltener nöthig als bei anderen Entbindungen, und die hohe Zange ist gerade beim engen Becken so außerordentlich gefährlich und bietet beim engen Becken so wenig Aussicht auf Erfolg, dass sie höchstens ausnahmsweise einmal trotz des engen Beckens Verwendung finden sollte.

Die Impression der Kopfes in Narkose ins Becken ist eine hier und da recht dankbare und ziemlich ungefährliche Therapie, die mit der Zeit sicher noch mehr Anhänger finden wird.

Herr Graefe möchte, da es von anderer Seite nicht geschehen ist, doch eine Lanze für die künstliche Frühgeburt brechen. So schlecht, wie ihr Ruf nach dem, was gesagt worden ist, scheinen könnte, ist sie doch nicht. — G. giebt zu, dass man, wenn eine künstliche Frühgeburt bei engem Becken für Mutter und Kind günstig verläuft, nie mit absoluter Sicherheit sagen kann, ob ein Gleiches nicht bei spontanem Geburtsverlaufe der Fall gewesen sein würde. Er erinnert sich einer Pat., welche 6mal mit Zange, Wendung, Perforation stets von einem todten Kinde entbunden war. Er leitete dann 2mal hinter einander die Frühgeburt ein, erzielte beide Male lebende Kinder, von denen eins nach einigen Wochen, das andere nach 2 Jahren, beide in Folge grober Diätfehler — die Mutter konnte nicht nähren, die Mittel für eine Amme fehlten — an Brechdurchfall starben. Dann kam die Frau noch einmal spontan am richtigen Termin nieder. Das Kind war sehr schlecht entwickelt. Auf diesen letzteren Umstand ist es wohl immer zurückzuführen, wenn Frauen mit engem Becken, welche stets operativ entbunden werden mussten, gelegentlich einmal spontan niederkommen. In so fern hätte es G. interessirt, zu hören, ob und welche Erfahrungen von den Anwesenden mit der Prochownick'schen Diätkur gemacht worden sind. Ihm selbst fehlen sie.

Was den Verlauf der künstlichen Frühgeburt betrifft, so hat G. früher bei der Krause'schen Methode wiederholt Tage, selbst über eine Woche warten

müssen, bis jene beendet war. Oft setzten die Wehen wieder aus; mehrmals trat Fieber ein, welches allerdings nach beendeter Geburt sofort verschwand. Das Alles ist seit Anwendung der Metreuryse mit Dauer- oder manuellem Zuge anders geworden. Der Weheneintritt erfolgt prompt, und nach einer Reihe von Stunden ist es, wenn nicht abnorme Rigidität der Cervix besteht, sicher so weit, dass die Geburt entweder spontan verläuft oder ohne Schädigung der Mutter operativ beendet werden kann.

Auch die Prognose für die Kinder ist nach G.'s Erfahrungen keine ungünstige, falls sie rationell behandelt und genährt werden.

Zu berücksichtigen ist schließlich, dass viele Frauen, zumal in der Privatpraxis, weit eher ihre Einwilligung zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt als zur Vornahme der Symphyseotomie oder des Kaiserschnittes geben werden, zumal die beiden letzteren Operationen meist eine Aufnahme in eine Klinik erfordern.

Herr Krönig (Schlusswort) muss Herrn Menge Recht geben, dass er in der That in seinem Vortrage die Diskussionsbemerkungen über die prophylaktische Wendung auf der Naturforscherversammlung in Nürnberg nicht erwähnt hat. Es mag dies seine Entschuldigung darin finden, dass einmal die Litteratur über das enge Becken eine fast erdrückend große ist, und weiter darin, dass K. in seinem Buche die Ansichten aller Derjenigen, welche der Leipziger Klinik angehören, nicht besonders erwähnt hat, weil die in dem Vortrage niedergelegten Anschauungen ja nicht ausschließlich die persönliche Meinung des Verf. bilden, sondern nur im Zusammenhange wiedergeben die Ansichten des Chefs der Klinik, Zweifel's, und natürlich auch zum Theil diejenigen seiner Assistenten.

Auch Olshausen hat nicht zuerst die Ansicht ausgesprochen, dass bei der prophylaktischen Wendung die Indikationsstellung eine unsichere ist, weil man schon relativ früh vor Beobachtung des Geburtsverlaufes darüber schlüssig werden müsste, ob im konkreten Falle der kindliche Kopf die Beckenverengerung durch die Wehenkraft allein noch überwinden würde oder nicht, sondern es ist dies auch schon vorher von Anderen, z. B. auch von Zweifel in seinem Lehrbuche, klar dargestellt. K. hat nur gerade Olshausen erwähnt, um einen Gewährsmann für die dort ausgesprochene Meinung zu haben.

Auch darin möchte K. Herrn Menge Recht geben, dass es nicht unbedingt nothwendig erscheint, dass der Kaiserschnitt vor dem Blasensprunge ausgeführt wird, und dass in Folge dessen auch bei der Indikationsstellung der Kaiserschnitt günstiger dasteht, wie die prophylaktische Wendung.

Die größte Zahl der Operateure steht aber heute beim Kaiserschnitte auf dem Standpunkte, dass man für günstige Resultate nur dann aufkommen kann, wenn man den Kaiserschnitt möglichst vor dem Blasensprunge ausführt.

K. leugnet keineswegs, dass bei zu langem Verharren des kindlichen Kopfes im Beckeneingangsringe schließlich auch eine Druckgangrän der Weichtheile eintreten kann; er hat nur für die zahlreich beobachteten Fälle der Universitäts-Frauenklinik, wo oft stunden-, ja selbst tagelang der kindliche Kopf durch die Wehenkraft in den Beckeneingangsring eingepresst wurde, ohne dass dieses Ereignis eintrat, die Erklärung gegeben, dass der kindliche Kopf, so lange er nur mit einem kleinen Segmente in den Beckeneingangsring adaptirt werde, in der Wehenpause wiederum in das große Becken zurückwiche, so dass Gelegenheit gegeben würde zur Erholung der mütterlichen Weichtheile vom Drucke des kindlichen Kopfes. Ist die Geburt weiter fortgeschritten und ist der kindliche Kopf fast mit seinem größten Umfange im Beckeneingangsringe eingestellt, so ist selbstverständlich die Gefahr der Gangrän eine größere. Aber K. hat absichtlich darauf aufmerksam machen wollen, dass man nicht allzu ängstlich zu sein braucht, weil die Erfahrung der Leipziger Klinik gelehrt hat, dass in keinem Falle trotz langen Zuwartens die gefürchtete Gangrän erfolgt und nachträglich Fisteln entstanden sind.

Betreffs der Walcher'schen Hängelage erkennt K. gern an, dass die Frauen gerade bei Anwendung der Bauchpresse in der Austreibungsperiode die Ober-

schenkel in der Hüfte leicht gebeugt halten, und dass man in Folge dessen auf Grund der jetzigen anatomischen Untersuchungen wohl eine gewisse Verkürzung der Conj. diagonalis gegenüber der Hängelage annehmen könnte; aber die Untersuchungen Klein's haben ja gezeigt, dass die wesentliche Verkürzung erst dann eintritt, wenn die Beine an den Oberkörper in starker Flexion angepresst werden. Derartige unnatürliche Stellungen nehmen aber die Frauen niemals ein.

K. möchte in der Frage der Walcher'schen Hängelage nicht falsch verstanden sein. Er behauptet nur, dass die Walcher'sche Hängelage nicht im Stande ist, die Zahl der Spontangeburten bei engem Becken zu vergrößern und die Anwendung der Symphyseotomie und des Kaiserschnittes einzuschränken, weil der Unterschied in der Größe der Conj. vera zwischen geburtshilflicher Lage und Hängelage nach allen bisherigen Untersuchungen ein so kleiner ist, dass er praktisch kaum in Betracht kommt.

Vor Allem wird der Vortheil bei Spontangeburten desswegen ein so geringer sein, weil in der Austreibungsperiode bei herabhängenden Beinen die Frauen über so lebhafte Schmerzen in der Gegend oberhalb der Symphyse klagen, dass sie jeden Versuch eines stärkeren Mitpressens aufgeben; hiermit ist der wesentlichste treibende Faktor für den Durchtritt des kindlichen Kopfes durch den Geburtskanal ausgeschaltet und sicherlich ein großer Theil des Vortheiles einer eventuellen Vergrößerung der Conj. vera wieder aufgehoben. K. kann nur konstatiren, dass bei dem großen Materiale der Leipziger Klinik er niemals die Beobachtung hat machen können, dass in einem konkreten Falle, in welchem trotz kräftigster Presswehen bei gewöhnlicher Geburtslage der Frau der kindliche Kopf nicht durch den Beckeneingangsring hindurchging, die Walcher'sche Hängelage als solche allein zum Ziele führte.

Auch bei operativen Entbindungen hat K. von der Walcher'schen Hängelage nicht viel Erfolg gesehen. Er giebt zu, dass er besonders bei Extraktion am Beckenende einige Male die Beobachtung gemacht hat, dass der nachfolgende kindliche Kopf leichter hindurchging in der Hängelage, als bei emporgeschlagenen Beinen, und glaubt, dass man entschieden nicht recht thut, das Hindurchziehen des nachfolgenden kindlichen Kopfes bei bestehendem Missverhältnisse zwischen kindlichem Kopfe und mütterlichem Becken dann auszuführen, wenn die Beine in starker Flexion an den Bauch angepresst gehalten werden, weil in dieser Haltung alle Untersucher eine mehr oder weniger große Verkürzung der Conj. vera gefunden haben; in der Leipziger Klinik ist aber eine derartige Haltung der Beine in starker Flexion bei der Extraktion auch schon früher niemals eingehalten, so dass K. den Vortheil der Walcher'schen Hängelage gegenüber der Haltung der Beine in leichter Flexion in der Hüfte nicht so deutlich, wie vielleicht andere Operateure, gesehen hat.

Die Extraktion des nachfolgenden Kopfes in forcirter Walcher-Lage hat nach seiner Überzeugung wegen der straffen Spannung der Bauchdecken auch den Nachtheil, dass der Assistent von den Bauchdecken aus nicht so energisch den kindlichen Kopf durchpressen kann.

Da K. in seiner Monographie eine Arbeit aus der Frauenklinik in Tübingen von Küttner[1] übersehen hat, so möchte er Gelegenheit nehmen, dieselbe hier kurz zu erwähnen, weil die dort angestellten anatomischen Untersuchungen, wenn auch nur an 3 Wöchnerinnen gemacht, doch wohl zu den exaktesten gehören, die bis jetzt ausgeführt sind. Die Vergrößerung der Conj. vera zwischen forcirter Flexion und forcirter Extension in Walcher'scher Lage ist bei den 3 Wöchnerinnen eine verhältnismäßig bedeutende: Im 1. Falle beträgt sie 1,4 cm, im 2. und 3. Falle 0,9 cm.

---

[1] Dr. O. v. Küttner, Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Veränderlichkeit des Beckenraumes Gebärender. Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen. Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. I. Hft. 1. p. 211 ff.

Besonders schön ergiebt sich aus den beigefügten Tafeln, wie der Unterschied zwischen horizontaler Lage der Frau und Walcher-Lage ein verhältnismäßig sehr kleiner ist, und wie die Verkürzung der Conj. vera erst zu Stande kommt bei starker Pression der Oberschenkel an den Bauch der Frau. Die Resultate sind folgende: Im 1. Falle beträgt die Differenz zwischen Horizontal- und Walcher-Lage 0,55 cm, im 2. und 3. Falle 0,3 cm, so dass also auch hier aus diesen so exakten Untersuchungen hervorgeht, dass durch die Walcher-Lage im Vergleiche zu der Horizontallage der Frau nur eine verhältnismäßig sehr geringe, praktisch doch wohl kaum in Frage kommende Vergrößerung der Conj. vera erzielt wird.

K. möchte noch besonders darauf aufmerksam machen, dass durch die wohl zum 1. Male ausgeführte Methode der Ausgipsung des Beckens bei den Tübinger Versuchen sich weiter ergeben hat, dass die Veränderlichkeit resp. Verschiebung des Beckens sich zum größten Theil in sagittaler Richtung vollzieht, während alle queren Durchmesser des Beckens nahezu konstant bleiben. Ein Raumzuwachs des Beckens als Ganzes wird nicht erzielt, vielmehr ist zu diesem Zwecke eine Zerschneidung des Beckenringes nothwendig, wodurch ein Auseinanderweichen der Beckenknochen veranlasst wird, also entweder eine Symphyseotomie oder eine Pelvitomie.

Herrn Zangemeister möchte K. entgegenhalten, dass er keineswegs die Anamnese schlechtweg bei der Beurtheilung der Prognose der Geburt beim engen Becken vermissen möchte. Er hat nur darauf aufmerksam gemacht, dass die Anamnese, welche von den Frauen selbst aufgenommen wird, gewöhnlich sehr geringen Werth hat. Die Frauen können uns gewöhnlich nur angeben, dass das Kind entweder bei der vorigen oder den früheren Geburten abgestorben, bezw. perforirt ist; aber über das für uns Wesentliche, ob das Kind in Folge des engen Beckens abgestorben oder perforirt worden ist, können uns die Frauen gewöhnlich gar nichts sagen.

Ja, wenn derartige Angaben, wie sie Herr Zangemeister eben erwähnt hat (drohende Uterusruptur, Fieber in der Geburt, Tympania uteri bei früheren Geburten) von den Frauen wirklich gemacht werden könnten, dann wäre allerdings der Werth der Anamnese ein sehr großer. K. hat darauf aufmerksam gemacht, dass selbst bei Frauen, welche früher in der Klinik entbunden waren, manchmal die vorhandenen Geburtsgeschichten nicht genügend klaren Aufschluss gaben. Es gehört, wie nochmals betont werden soll, eine besonders genaue und exakte Führung des Geburtsprotokolles mit Bericht über alle Einzelheiten bei der Geburt dazu, um aus dem früheren Geburtsjournalen entnehmen zu können, dass an dem Tode des vorigen Kindes in der That das enge Becken als solches die Schuld getragen hat.

K. muss sich undeutlich in seinem Vortrage ausgedrückt haben, wenn Zangemeister daraus entnommen hat, dass er die Statistik der künstlichen Frühgeburt mit der Kranioklasie direkt vergleichen möchte. Dies ist niemals geschehen, sondern K. hat — und er möchte dafür als Beleg seine Monographie anführen — speciell darauf aufmerksam gemacht, dass hierfür bei der statistischen Zusammenstellung der Kranioklasien eine große Anzahl von Fällen ausgeschaltet werden muss desswegen, weil in die Klinik zur Kranioklasie oft genug verlorene Fälle eingeliefert werden, bei welchen durch diese Operation nichts mehr an dem drohenden Ende geändert werden kann. Bei der künstlichen Frühgeburt ist dies nicht der Fall, sondern die Frauen treten hier gewöhnlich in die Klinik ein, ohne dass von anderer Seite schon vergebliche Operationsversuche angestellt sind, so dass für einen eventuellen schlechten Ausgang der Operation die Asepsis der Klinik allein verantwortlich zu machen ist.

K. hat speciell die Erfahrungen der Klinik Leopold's herbeigezogen und den dortigen Ausführungen ganz beigestimmt, dass die Statistik der Kraniokephaloklasien, wenn man sie mit anderen Operationen beim engen Becken vergleichen will, korrekturbedürftig ist.

K. verschließt sich nicht den Vortheilen, welche die Impression des Kopfes bietet; nur kann er nicht dem beistimmen, dass durch die Vornahme der Impres-

sion bei dem über dem Beckeneingangsringe stehenden kindlichen Kopfe die Indikationsstellung beim engen Becken eine präcisere wird. Gewiss kann durch Druck von oben, besonders bei der narkotisirten Frau eine enorme Kraft, wie uns die interessanten Versuche der Bonner Klinik gezeigt haben, ausgeübt werden; doch hat die Wehenthätigkeit den großen Vortheil voraus, dass sie durch ihre langanhaltende Arbeit den kindlichen Kopf mit der Zeit viel besser konfiguriren kann, als es der augenblickliche Druck von oben mit den Händen jemals erreichen kann. Auch die Einstellung des kindlichen Kopfes mit dem günstigsten Durchmesser ist bei der Impression des Kopfes nicht so zu erreichen, wie es die Wehenkraft gewöhnlich, allerdings erst nach langer Dauer, zu Wege bringt.

Zu Gunsten der künstlichen Frühgeburt hat Graefe soeben sicherlich einige sehr wichtige Fälle angeführt; nur ist es hier schwer, auf einzelne Fälle zu rekurriren, sondern es muss bei einem Vergleiche der künstlichen Frühgeburt mit anderen Operationen für die Prognose von Mutter und Kind beim engen Becken stets eine große Statistik herbeigezogen werden. K. möchte betonen, dass er sich folgendermaßen ausgedrückt hat: Aus den zur Zeit veröffentlichten großen Statistiken verschiedener Kliniken lässt sich nicht entnehmen, dass die künstliche Frühgeburt im Gegensatze zu den anderen uns zur Verfügung stehenden Maßnahmen eine günstige Operation für Mutter und Kind in der Therapie des engen Beckens darstellt.

Die Kur von Prochownick ist in den Fällen der Leipziger Klinik unterlassen worden, weil die Frauen gewöhnlich erst am Ende der Gravidität in die Klinik eintraten. Nur wurde gewissermaßen bei vielen Frauen eine natürliche Prochownick-Kur ausgeführt, indem sie durch den Zwang der Verhältnisse nicht in der Lage waren, während der Schwangerschaft sich genügend zu ernähren, so dass sie zum Theil in einem sehr schlechten Ernährungszustande in die Klinik eintraten.

K. kann nur die Beobachtung mittheilen, dass diese Frauen keineswegs immer auch schlecht genährte Kinder gebaren, sondern es scheint gewissermaßen das Kind selbst auf Kosten der Mutter unter allen Umständen seinen Stoffumsatz zu reguliren. Doch möchte K. keineswegs desswegen gegen die Kur von Prochownick etwas gesagt haben, da ihm keine Erfahrungen zur Verfügung stehen.

Wenn Graefe meint, dass durch die Metreuryse die Gefährlichkeit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt doch ganz bedeutend herabgesetzt würde, so mag dies richtig sein, aber K. möchte erwähnen, dass schon seit vielen Jahren in der Leipziger Klinik die künstliche Frühgeburt fast ausschließlich mit der Tarnier'schen Blase ausgeführt wird, und dass trotzdem oft genug noch Aussetzen der Wehenthätigkeit und lange Dauer der Eröffnungsperiode beobachtet ist. Es lässt sich nun einmal nicht wegleugnen, dass die künstliche Frühgeburt, selbst mit verbesserten Methoden, kein harmloser Eingriff ist, weil aus allen Statistiken immer wieder sich ergiebt, dass ca. 1% Todesfälle auch in den bestgeleiteten Kliniken beobachtet sind.

Bei der Diskussion der Ansichten Pinard's, dass einer Frau nicht ohne Weiteres das Recht zuerkannt werden kann, eine Operation zu Gunsten des Kindes abzulehnen, möchte K. vor Allem darauf aufmerksam machen, dass von einzelnen Fällen aus der Praxis hier ganz Abstand genommen werden muss, sondern, wenn in dieser Frage etwas durch die Diskussion gefördert werden soll, muss zunächst einmal der principielle Standpunkt festgelegt und Abstand genommen werden von den Schwierigkeiten, welche in einzelnen Fällen unter äußeren Verhältnissen der Praxis entstehen können. Ob der Jurist hier das entscheidende Wort sprechen wird, scheint K. sehr fraglich zu sein, sondern es können nach seiner Überzeugung gar keine juristischen Urtheile hier vor der Hand abgegeben werden, sondern diese müssen sich den jeweiligen Anschauungen anpassen. K. bezweifelt, dass bei wirklicher gerichtlicher Entscheidung der Arzt verurtheilt wird, welcher ähnlich verfährt, wie Pinard in dem einen citirten Falle. Hat wirklich eine Frau, welcher bei Nabelschnurvorfall und vollständig eröffnetem Muttermunde von dem Arzte zur Rettung des Kindes die Wendung und Extrak-

tion vorgeschlagen wird, das Recht, jede Operation zur Rettung des Kindes zurückzuweisen? Darf sie, auf ihr Recht pochend, in cynischer Weise dem Arzte auf die Vorstellung hin, dass das Kind sonst ohne Operation absterben wird, antworten: »Um so besser, dann brauche ich die Sorge der Ernährung nicht auf mich zu nehmen«?

Von allen Ärzten wird heute die Indikation zur Zange und zur Wendung wegen Gefahr des Kindes anerkannt, und K. glaubt entschieden, dass diese Operationen zur Rettung des Kindes auch gegen den Willen der Frau ausgeführt werden dürfen. Wenn eine Frau sich hat schwängern lassen, so übernimmt sie auch damit die Gefahren, welche die Geburt als solche mit sich bringt, und muss sich den Gefahren der Operationen, welche zur Rettung des Kindes event. dem Arzte nothwendig erscheinen, auch unterziehen.

II. Herr C. Hennig sprach über den Aufbau der Eihäute in frühen Monaten.

Bei den Säugern mit flachen Mutter- und Fruchtkuchen, so wie bei jenen mit insularen Nestknöpfen bleibt die Anordnung der Eiwurzeln bis ans Ende der Tragzeit durchsichtig und leicht unterscheidbar vom mütterlichen Nährboden. — Anders bei den Vierhändern höherer Stufen und beim Menschen. Mütterliche und kindliche Keimzöttchen verschlingen sich und verwachsen — schwer entwirrbar — mit einander schon nach wenigen Wochen ihres Entstehens. Daher die Schwierigkeit der Deutung des zusammengesetzten Gewebes bis auf den heutigen Tag. Einen Schritt zur Entwirrung weiter hat eine Darstellung des Prof. G. Paladino gethan: »Della genesi« etc. Rendiconto dell' Accademia delle scienze fisiche e matemat. — Soc. R. di Napoli, Ser. 3a, Fasc. 8—11, 1898 und Vol. V, Fasc. 6, Juni 1899. Die in letzterem gegebenen schwarzen Abbildungen legt H. der Deutlichkeit halber kolorirt vor.

Das benutzte Ei ist etwa 1 Monat alt. Es wurde frisch erhalten aus einem Uterus, welcher wegen Myoms exstirpirt worden war, und in situ, reihenweis zerschnitten, untersucht. Die Härtung und Färbung des Objektes geschah, wie für ein früheres Ei von 13 Tagen, durch Müller'sche Lösung, dann in Biebrich's Scharlach, mit $^2/_3$ einer 2%igen frischen Hämatoxylinlösung gemengt, worin das Objekt 3 Stunden lagert, worauf Härten in Weingeist von zunehmender Stärke, endlich fast absolutem. — Oder Mucin-Karmin (Mayer), auch dreifach saures Methylen (Ehrlich) rathsam.

Die Decidua vertritt in Bezug auf Ernährung des Embryo den Dotter, welcher den Säugern abgeht. Die Neubildung in dieser »hinfälligen Haut« besteht in der Erzeugung neuer Blutkeime und Gefäße. Sie nimmt auch beim menschlichen Weibe nicht Theil an der Syncytialschicht des Uterusepithels.

Man erkennt Zellen bis zu 10 Kernen, Lymphzellen, besonders in der Decidua »reflexa« s. capsularis (Paladino) angehäuft, und auch in den Zwischenräumen zwischen den Zotten kernhaltige rothe Zellen.

Wegen der Seltenheit guten Materials ist es naheliegend, früh gestörte Schwangerschaften des Eileiters als Analoga heranzuziehen, zumal da die Verhältnisse in Graviditas tubaria in gewissem Grade einfacher liegen als in uterina.

Schon Rokitansky sah im schwangeren Eileiter die vorher besonders in dem weiten Theile der Tube vorhandenen Quer- und Schrägfältchen der Schleimhaut sich erheben und mit den Längsfalten so in Verbindung treten, dass stellenweise ein Maschen- oder Netzwerk ersteht. In dessen Lücken können sich Chorionzotten einsenken; Litzmann vergleicht solchen Mutterboden mit einem Siebe (Archiv für Gynäkologie 1882 Bd. XIX p. 101).

Th. Dobbert (Virchow's Archiv Bd. CXXVII p. 397) geht noch weiter: »Es lassen sich in der Wand der geschwängerten Tube Divertikel nachweisen; dabei wird das Cylinderepithel der Schleimhaut in ein kubisches verwandelt und verfällt im Bereiche des Eies der Rückbildung. Hierbei mögen auch Lymphkanäle und Spalten benutzt werden (K. Schuchardt)«.

Landau (Archiv für Gynäkologie 1890 Bd. XXXIX p. 288) weist auf die von Werth gefundenen, von H. zum Theil anders vorher gedeuteten Hohlräume

hin, welche, mit Epithel ausgekleidet, unter einander und mit dem Tubenkanale zusammenhängend, gelegentlich als Ursache der Grav. extra-uterina auftreten, wobei »die bewegende Kraft des Flimmerepithels« angesprochen werden könne. Henle vergleicht solchen Unterminirungsakt mit einem Stamme mit zahlreichen Ästen.

Das 6wöchentliche Ei in Landau's Beispiele bietet einen Sack dar, welcher rund herum, immer koncentrisch, Muskulatur als Bett besitzt; solche enthält große, mit zahlreichen Kernen angefüllte Lücken.

Auch Göbel hält die Einbettung des die Tube entlang wandernden Eies in einem Nebengange des Eileiters für möglich.

Peters und H. Füth hatten das Glück, Eier von 2—8 Tagen in der Tube gelagert frisch zu präpariren. Das winzige Ei »verwächst in die Mucosa, nachdem es sich auf eine epithelfreie oder nachträglich nackt werdende Stelle der Schleimhaut aufgelegt habe«. Füth (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1898 Bd. VIII Hft. 6 p. 590 und 610) fand das tubare Ei in rings geschlossener Kapsel (p. 600) zwischen der subepithelialen Längs- und der Ringmuskelschicht des Eileiters gelagert: letztere war dabei in größerem Umfange geschwunden.

Wir gehen einen Schritt weiter! Selenka nimmt an, dass auch beim menschlichen Uterus das Ei primär unter das Dach der Schleimhaut gelangt, und dass »das Eibett sich in der Wand des Uterus selbst bildet«.

Zwar ist der einfachere Fall nicht ausgeschlossen, dass die Eizotten in Mündungen der zu früher Zeit noch zugänglichen Utriculardrüsen gelangen, wie früher Reichert und H. darthaten.

Zweifel ist dieser Auffassung nicht abgeneigt, meint nur, dass die Drüse, welche eine Zotte aufnahm, später wieder vergehen könne. — H. geht noch weiter und nimmt an (Studien über den Bau der menschlichen Placenta und über ihr Erkranken; Leipzig, W. Engelmann, 1872. p. 23 u. Taf. VII, Fig. 2, d—e—f), dass Zotten den erreichten Drüsengrund, bezw. eine Bucht der Wand durchbohren und sich im anstehenden Gewebe weiter ansaugen.

Man darf die Haftorgane des jungen Eies, welche die vorbereitete mächtige Schicht erweiterter, kleinster Uterinvenen gegenüber zu ihrem Empfange zu Anfang des 3. Monates bereit finden, mit Pflanzenwurzeln, die mütterliche Blut- und Lymphgefäßschicht sammt den Resten der Uterindrüsen im Bindegewebsgerüste mit einem Blutschwamme vergleichen, welcher, schon längst als Teleangiektasie aufgefasst, physiologisch sich in den Zottenwald der Frucht einfrisst, dabei aber passiv aus seinen groben Zotten Nährmaterial hergiebt. Dieses Material wird endosmotisch in die fötalen Gefäße geschafft, zum Theil aber in sichtbaren Körnchenhaufen zwischen den Zotten abgelagert.

Paladino giebt über die dabei zu Grunde gehende mütterliche Membran (»hinfällig« längst benannt) eine durch Bilder verdeutlichte Ausführung: An dem Ei von 13 Tagen setzt sich zwar die »Decidua capsularis« s. reflexa auf die »serotina« s. basalis (placentalis) fort, aber die Kapsel kann nicht als »Umschlag«, als sekundärer Überzug des Eies von Seiten der Gebärmutterschleimhaut gedeutet werden, sondern die Kapselschicht hat sich, von dem schwammigen Zotten- und Gefäßnetze erhoben, abgedrängt, von der Basalschicht entfernt, aber nicht getrennt. Leopold verglich den Vorgang mit der Fassung eines Edelsteines, Andere vergleichen ihn mit der Bildung einer das Ei stützenden Schale. Da jedoch die Peripherie der Kapselhaut nach der Uterushöhle zu glatt ist, so muss angenommen werden, dass sich das Ei, wie oben angedeutet, bald nach seiner Ankunft unter das locker gewordene Uterusepithel schiebt oder von neuem Epithel zugedeckt wird. Man kommt wieder auf den Hergang bei Tubenschwangerschaft zurück, wo sich das Ei unter eine sichelförmige Falte oder einen Blindgang der Schleimhaut, ja sogar in die Muskulatur einnistet, was beim Uterinovulum nur unter krankhaften Umständen geschieht, als Deciduoma malignum.

Jetzt ist noch die Decidua vera in ihrer Weiterentwicklung ins Auge zu fassen. Hofmeier und Gottschalk sprachen von Spaltung der Vera, was

in beschränktem Maße auch bei Tubenschwangerschaft vorhanden sei. H. führte (a. a. O. p. 12, Abb. Taf. VI, Fig. 4 mit fibrinöser Zwischenschicht f[1] und Taf. VII, Fig. 1c) aus, dass das Bild von 2 in einander steckenden Hohlkugeln — Abhub inneren von der äußeren Anfang des 3. Monates — der Wirklichkeit noch besser entspreche, als der Vergleich zweier kongruenter Schalen; im Zwischenraume liegt die (blaugefärbte) »Fibrinschicht«.

Paladino bildet in seiner neuesten Mittheilung in 4 Figuren das Schicksal der Eihäute zu Anfang der 5. Woche ab. Die Decidua capsularis umgreift das Ei nach der Uterinhöhle hin ganz, nach der Uteruswand — in diesem Beispiele der hinteren, etwas höher als ihrer Mitte — hin zu fast $^2/_3$ seines Umfanges und geht dann in die »Serotina« s. basalis über. Dem Ei gegenüber nun spaltet sich die Decidua vera der Länge nach, so dass eine Vera-»Scheidenwand« das Ei, also die Reflexa, von der ursprünglichen Vera, der ursprünglichen Schleimhaut des Uterus trennt, während die Basalis auf der Vera der hinteren Uteruswand unmittelbar aufsitzt, dem bloßen Auge mit der Vera posterior verschmolzen erscheint.

Jene Scheidewand hängt nun nach Paladino's Vorstellung am Grunde der Uterinhöhle mit der Vera anterior durch eine Anheftestelle von gleicher Mächtigkeit zusammen. Bald nachher zerfallen die Elemente (Decidua- und Drüsenzellen) der obigen Scheidewand, Kerne und Plasma verzerren, entfärben sich; Körnchen bleiben übrig; unter hyaliner Umwandlung bekommt die Scheidewand Lücken und lässt Deciduazellen vorrücken. Endlich werden auch diese von den die Decidua vera sich aneignenden Chorionzotten verdrängt; Capsularis und Vera, welche zwischen die Chorionzweige Protoplasmafortsätze und lymphoide Zellen geschickt haben, verschmelzen hier mit einander zur äußeren Eischale.

An der Decidua capsularis, sog. reflexa, fand Paladino die Chorionzotten kürzer. Die Kitt- oder Syncytialschicht zwischen Zotten und mütterlichen Fortsätzen hat zu vielen Kontroversen bis auf den heutigen Tag Anlass gegeben. Am nächsten der Wahrheit kommt wohl die Auffassung, dass mütterlicher- und fötalerseits durch den neuen, dann fortwirkenden Reiz von der Zeugung her zu dem Bindestoffe beigetragen werde. Nach Paladino nimmt aber die sexuell aufgeregte Vera auch beim Weibe nicht Theil an der Syncytialschicht des Uterusepithels. Auf der anderen Seite stamme das Syncytium des Chorion und der Zotten weder vom Uterus- noch vom Drüsenenepithel. Als Überzüge der Zotten stellt Paladino auf: 1) die tiefe Lage von Langhans, 2) die oberflächliche, syncytiale oder »plasmodiale«: meist einreihige würflige Zellen.

Das Syncytium wird schließlich glashell; nicht minder gehen die oberflächlichen Schichten der Decidua die hyaline Umwandlung ein, doch verbleiben, wie schon gesagt, geformte Zellen und Kerne darin.

Noch sei der Schicksale der menschlichen Allantois gedacht. Es wird abgesehen von den höchst seltenen Beispielen, in denen der Urachus bis zum Nabel offen bleibt oder Cysten längs seinem abdominalen Verlaufe hinterlässt. Dagegen findet man, wie bei H. (Studien p. 37 und Tafel VI, Fig. 4k), manchmal Inseln oder langgestreckte Schichten von sulzigem Gewebe, ähnlich dem des Nabelstranges noch an der reifen Placenta als Reste des allantoidalen Zwischengewebes zwischen Chorion und Amnion. H. hat aber weiterhin mehreren Versammlungen Eier von reifen menschlichen Früchten gezeigt, bei denen das Amnion vom Chorion in kurzer oder größerer Strecke abgelöst und mit gelblich-grauer, klebriger Flüssigkeit gefüllt war.

Zuweilen hängt das Amnion mit dem Chorion fast nur noch am Nabelstrange zusammen oder lässt sich bis zu demselben mit Vorsicht in großer Strecke ohne Kunst ablösen.

In solchen Fällen sind beide Wände dieser Zwischenräume peripher und fötalwärts mit ungleich hohen, sehr zarten, kurzcylindrischen oder fast plattenförmigen Epithel bekleidet; nach der Höhle hin kommen vielgestaltige, amöboide, auch stärkeähnliche, koncentrisch gerillte Zellen, endlich Anfänge junger Kapillaren mit Inhalt vor.

In solchen Geburtsfällen stellen sich hinter einander zwei Fruchtblasen bei einer Frucht. In keinem neueren Werke findet man eine Erklärung solcher getrennten Eihäute und ihres flüssigen Inhaltes. Nur bei Chr. G. Jörg (Handbuch der Geburtshilfe, 2. Aufl., 1820, p. 75): »Nicht selten halten die (nicht zur Verwachsung mit einander gelangten) Blätter der früheren Allantois zur Zeit der Geburt noch einige Flüssigkeit in sich, welche dann als sog. ‚falsches Wasser‘, Liquor spurius, abzugehen pflegt«.

---

2) Aus den Verhandlungen der Société d'obstétrique de Paris.

Sitzung vom 20. December 1900.

I. Fabre (Lyon) demonstrirt eine Methode, die es gestattet, in sinnreicher Weise die bei der Röntgographie des Beckens entstehenden perspektivischen Fehler zu korrigiren.

Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

II. Chavane und Faure-Miller: Ein Fall von Diabetes insipidus in der Gravidität.

Im Gegensatze zu analogen Beobachtungen hatte in diesem Falle die Komplikation keinen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt gehabt. Die Affektion hatte allerdings schon 10 Jahre bestanden, ohne das Allgemeinbefinden der betreffenden Person wesentlich zu alteriren.

III. Boissard theilt die interessante Geburtsgeschichte einer IXgebärenden mit.

An der Hand derselben will B. die Entwicklung der Operationstechnik und die wechselvolle Indikationsstellung verschiedener Operateure und Zeiten beleuchten: 1mal Perforation, 4mal künstliche Frühgeburt, 2mal Spontangeburt, 1mal Symphyseotomie, das letzte Mal Wendung. »Diese Beobachtung erklärt uns die phantastischen Zahlen von Symphyseotomien, über die manche Geburtshelfer verfügen.«

IV. Perret: Verzögerung der Sekretionsthätigkeit der Brustdrüse.

Frühgeborene, schwächliche Kinder sind häufig nicht im Stande, in ordentlicher Weise an der Brust zu saugen. Die Folge des fehlenden Reizes für die Brustdrüse ist das Nichtzustandekommen der Sekretionsthätigkeit. Die Kinder erhalten darum künstliche Nahrung und der Circulus vitiosus ist fertig.

In solchen Fällen hilft man sich in folgender Weise: Entweder legt die betreffende Mutter abwechselnd ihr eigenes und ein älteres, »gut ziehendes« Kind an, oder sie nimmt sich eine Amme sammt deren Kind und legt selbst zuerst dieses Kind an, während die Amme das schwächliche Kind nährt; hat dieses dann trinken gelernt, und ist die Milchsekretion bei der Mutter in Gang gekommen, so werden die normalen Verhältnisse wieder hergestellt.

Sitzung vom 21. Februar 1901.

I. Bar und Fabre: Über Konservirung anatomischer Präparate in Gelatine.

Die Stücke kommen zuerst in 10%iges Formol, dann in Alkohol (85%) und schließlich in eine Glycerinmischung von steigender Koncentration. Die eigentliche Konservirungsflüssigkeit besteht aus 1 Theil Gelatine, 4 Theilen Wasser und 5 Theilen Glycerin. Ein Zusatz von antiseptischen Flüssigkeiten schädigt die Präparate.

II. Brindeau: Fall von kongenitaler Alopecie.

Ursache: Zangendruck.

III. Macé: Fruchtwassermangel (Oligoamnios).

Das spontan geborene Kind zeigte verschiedene Abnormitäten: stark gefaltete Bauchdecken, Kryptorchismus, einen vollkommen asymmetrischen Schädel und eine im Nabel endende Urinfistel. Als Ursache für die letztere Abnormität nimmt M. eine Obliteration des Urachus, etwa im 5. Monate der Gravidität, an, die eine

Retention des Urins und starke Ausdehnung der Leiter zur Folge hatte. Die dann durch Bildung der Fistel verursachte Entleerung der Blase ist als Veranlassung für die Schrumpfung der Haut anzusehen.

Der Fruchtwassermangel ist nach Bar's Ansicht durch die geringe Urinsekretion des Fötus zu erklären (?).

IV. Maygrier: Stieltorsion eines Myoms in der Schwangerschaft. Abtragung desselben. Fortbestehen der Schwangerschaft.

Die Diagnose war auf Appendicitis gestellt worden.

V. Anderodias: 3 Fälle von Pyelonephritis in der Schwangerschaft.

Die Affektion ist ziemlich selten. Sie tritt in der Regel im 5.—8. Monate auf, selten später oder früher. Als Veranlassung ist die Kompression des Ureters durch den Uterus anzusehen; meist ist der rechte Ureter betroffen. Begünstigt wird das Auftreten der Erkrankung durch Verdauungsstörungen, z. B. habituelle Obstipation. Bakteriologisch sind Bact. coli und Streptococcus pyogenes nachgewiesen worden.

VI. Jeannin stellte bei einem Falle von Blasenmole die Diagnose Ovarientumor. Bei der Laparotomie wurde der Irrthum erkannt und das Abdomen sofort wieder geschlossen. Trotzdem trat nach Ausstoßung der Mole der Exitus unter septischen Erscheinungen ein. **Engelmann jun.** (Bonn).

---

3) Aus den Verhandlungen der Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris.

Sitzung vom 14. Januar 1901.

I. Routier: Lateroflexion des Uterus täuscht Extra-uterin-Gravidiät vor. Laparotomie. Heilung. Später Abort.

(Vgl. letzte Sitzung.)

II. Fieux (Bordeaux): Ruptur einer Tubargravidität. Laparotomie. Heilung.

F. vertritt den Standpunkt Pinard's: Jede diagnosticirte Extra-uterin-Gravidität verlangt einen chirurgischen Eingriff.

III. Legueu: Abdominale Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom in der Schwangerschaft.

Der Fall war im 5. Monate der Schwangerschaft zur Beobachtung gekommen, die Operation jedoch wegen geringer Ausdehnung der Geschwulst und, um ein lebendes Kind zu erzielen, hinausgeschoben worden. Im 8. Monate wurde der rapid gewachsene und nunmehr an der Grenze der Operabilität stehende Tumor entfernt. $^1/_2$ Jahr später bereits lokale Recidive.

Betreffs der Indikationsstellung für die Operation schlägt L. folgendes Schema vor:

Im 1.—3. Monate sofort operiren;
im 4.—7. Monate warten, bis das Kind lebensfähig ist;
vom 8. Monate an sofort operiren (Sectio caesarea, Totalexstirpation).

Die Diskussion wird vertagt.

IV. Porak und Caurelaire berichten über einen Fall von Dystokie wegen angeborener Lebercyste.

Ausführliche Beschreibung des Präparates und Wiedergabe der wenigen publicirten Fälle.

V. Lepage und Grosse: Tod des Fötus während der Geburt in Folge von Zerreißung der Nabelschnurgefäße.

Der $6^1/_2$ Monate alte Fötus war in den Eihäuten geboren und dabei die Nabelschnur abgerissen worden; der Fötus war vollkommen ausgeblutet.

Eine solche Zerreißung mit tödlichem Ausgange kommt nur bei Insertio velamentosa oder marginalis vor.

Die in solchen Fällen beobachteten starken Blutungen der Mutter sind durch frühzeitige Lösung der Placenta zu erklären. **Engelmann jun.** (Bonn).

Verschiedenes.

4) **O. Semb.** Inversio uteri, durch Fibromyoma uteri bedingt.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1900. p. 109.)

44jährige Ipara; Menstruation einige Zeit stärker als früher. In der Vagina findet man einen festen straußeneigroßen Tumor mit rother, unebener, leicht blutender Oberfläche. Über der Symphyse wird ein kleinerer, harter Theil gefühlt (Collum); eine trichterförmige Einziehung wird nicht gefunden. Scheidengewölbe an dem Tumor in vagina vorbei eben erreichbar; Portio vaginalis oder Os ext. uteri nicht nachweisbar. Nach Schnitt durch die Kapsel Ausschälung eines gänseeigroßen Myoms, mit breiter Basis vom Fundus uteri ausgehend; dann Totalexstirpation des invertirten Uterus. Epikrisis. **K. Brandt** (Christiania).

5) **H. Keitler** (Wien). Ovarialcyste, kombinirt mit einem soliden und zwei cystischen Embryonen.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. N. F. Bd. I. Hft. 9.)

Ein 17jähriges, seit dem 13. Jahre Anfangs profus und unregelmäßig, später normal menstruirtes Mädchen litt seit 3 Monaten an stechenden Schmerzen in der rechten Bauchhälfte, die nach einer Turnübung am Reck heftiger und anhaltender wurden, bald auch auf die linke Seite übergriffen. Bei der Laparotomie fand sich, wie diagnosticirt, eine mannskopfgroße Cyste mit Stildrehung am rechten Ovarium und eine faustgroße fest im Douglas eingekeilte Dermoidcyste vom linken Ovarium. Glatte Heilung. Die große Cyste entleerte bei der Punktion den charakteristischen, mit bräunlicher Flüssigkeit vermischten Dermoidbrei, so wie einen mit Zähnen besetzten Knochen, ist also, obwohl ein Dermoidzapfen nicht nachgewiesen werden konnte, sicher als Dermoid aufzufassen. In derselben fand sich ein faustgroßer, grobhöckriger, solider Tumor, dessen Durchschnitt neben Hämorrhagien und Nekrosen zahlreiche mit Talg und Haaren gefüllte Hohlräume aufwies, auch verschiedene Knochensplitter. Die beiden in die Wand der großen Cyste eingelagerten cystischen Tumoren von Eigröße erwiesen sich als typische Dermoide (Embryome) mit allen charakteristischen Gewebsbestandtheilen. Mikroskopisch interessant war der Bau des soliden Tumors, er bestand aus den verschiedensten, meist in embryonalem Zustande befindlichen Gewebsformationen ohne bestimmte Anordnung, neben Haut, Speicheldrüsen, Nervenfasern u. A. fand sich an 2 Stellen auch Hirnsubstanz. Da mit Ausnahme von quergestreifter Muskulatur alle Abkömmlinge der 3 Keimblätter nachgewiesen wurden, so muss der solide Tumor als Teratom (solides Embryom) bezeichnet werden, eine an sich im Ovarium seltene Geschwulstbildung. Ist ferner schon das multiple Auftreten von Dermoiden auf einer Seite eine große Rarität, so bildet weiter die Kombination eines Teratoms mit 2 isolirten Dermoidcysten (cystischen Embryonen) einen Befund, der bisher in der Litteratur erst ein einziges Mal beschrieben wurde. Solche Kombinationen beweisen, dass Dermoide und Teratome genetisch eng verwandte Gebilde darstellen. Wenn Pfannenstiel das Verhältnis beider mit dem des Fibroms zum Sarkom oder des Adenoms zum Carcinom vergleicht, so gilt dieser Vergleich nicht so sehr in anatomischer Beziehung, wie K. an der Hand kritischer Besprechung der bisher bekannten Fälle nachweist, wohl aber als zutreffend in klinischer Beziehung, denn die Fähigkeit der Teratome histologisch gleichwerthige Metastasen zu liefern, genügt allein, sie als maligne Tumoren zu bezeichnen. Für die sichere Diagnose der Teratome fehlen, wie hier, oft alle Anhaltspunkte. Die

Prognose ist trotz des Fehlens von Carcinom- oder Sarkomgewebe (welches auch in den 4 letzten Fällen der Litteratur vermisst wurde) eine ungünstige, vielleicht mag in diesem Falle die kurze Dauer der Symptome, die relative Kleinheit der Geschwulst, so wie das Fehlen von makroskopisch erkennbaren Metastasen die Möglichkeit einer Radikalheilung begünstigen, analog einem Falle, in dem Chrobak vor 8 Jahren ein Ovarialteratom entfernte, dessen Trägerin bis heute recidivfrei geblieben ist.

Piering (Prag).

6) C. Donati (Innsbruck). Über einen Fall von Hämatosalpinx und Hämatometra im rudimentären Horn beim Uterus bicornis unicollis. Heilung nach 2maliger Laparotomie.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. N. F. Bd. I. Hft. 9.)

Bisher wurden nur wenige (nach Kehrer 12) Fälle von Hämatometra im rudimentären Nebenhorne bekannt. Der vorliegende 13. Fall betrifft eine 20jährige Nullipara, deren erste Regel im 16. Lebensjahre eintrat, von 4wöchentlichem Typus, 4—5 Tage andauernd, regelmäßig. Vor 8 Monaten im Anschlusse an eine die linke Bauchhöhle betreffende Peritonitis litt sie an starken Schmerzen im linken Hypogastrium, besonders zur Zeit der Menses und war in Folge dessen seit $^1/_2$ Jahr bettlägerig. Die Untersuchung ergab einen anteflektirten, etwas sinistroponirten Uterus (bei rechtsstehender Portio), links davon einen unebenen, derb elastischen, lebhaft schmerzhaften und wenig beweglichen Tumor von Gänseeigröße, welcher sich mit dem Uterus nicht mit bewegt und den linken Adnexis anzugehören scheint. Bei der Laparotomie wird nach Lösung zahlreicher Netzadhäsionen aus einem Lager von entzündlichen Gewebe heraus die posthornartig gewundene, 22 cm lange und 15 cm breite Tube stumpf mit Vorsicht abgelöst und abgetragen. Verlauf Anfangs glatt, am 14. und 19. Tage Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen und Schmerz in der linken Leistengegend. Entlassung mit in der Medianlinie liegendem, gut beweglichem Uterus, leichter Druckempfindlichkeit der rechten Adnexa. Hierauf Wohlbefinden durch einige Monate, worauf neuerlich starke Schmerzen eintraten, so dass Pat. dringend die Operation erbat. Die Untersuchung zeigte den Uterus diesmal gestreckt, nach rechts verdrängt, fixirt, links ein das Scheidengewölbe vordrängender, derber, apfelgroßer, gut beweglicher und wieder sehr schmerzhafter, mit dem Cervix nicht im Zusammenhange stehender Tumor, dessen Entstehung auf das linke zurückgelassene Ovarium bezogen werden musste. Bei der 2. Laparotomie ($^1/_2$ Jahr nach] der 1.) ergab die durch sehr zahlreiche Verwachsungen (mit Darm und Netz) bedeutend erschwerte Untersuchung einen sehr interessanten Befund: der Tumor bestand aus 2 Antheilen, einem oberen, etwa kleinapfelgroßen, der, aus den vielfachen Adhäsionen ausgelöst, sich als ein altes stark verändertes Blutcoagulum erwies, offenbar aus der Abtragungsstelle der früher entfernten Hämatosalpinx entstanden, ferner einen unteren kleinfaustgroßen, mit Peritoneum überkleideten Antheil, der das Aussehen eines vergrößerten Uteruskörpers darbot. Mit Mühe ließ sich weiter feststellen, dass tief unten von der Blase überlagert sich ein schmächtiges Corpus uteri, dessen linke Kante schräg abfällt, sammt Tube und Ovarium befindet, von der Portio supravaginalis dieses Uterus unicornis zieht ein kleinfingerdicker, 3 Querfinger langer muskulöser nicht kanalisirter Strang zu dem letzterwähnten Tumor, der somit richtig als eine Hämatometra erkannt worden war. Abtragung und völlige] Heilung. Schmerzloser und regelmäßiger Verlauf der Menses. In klinischer Beziehung interessant ist der Fall dadurch, dass in Folge der Anamnese und des Befundes, so weit er bei der höchstempfindlichen Person und den gespannten Bauchdecken möglich war, die Hämatosalpinx vor und während der 1. Operation auf eine Eileiterschwangerschaft bezogen und der zum ausgedehnten Eileiter gehörige Uterusantheil für den eigentlichen Uterus gehalten werden musste. Die Diagnose der Hämatometra eines verkümmerten Hornes gilt ja mit Recht als äußerst schwierig. Die genaueren anamnestischen Angaben, die starken menstruellen Beschwerden, die ruckweise Vergrößerung der Geschwulst, event. Bewegungen derselben während der Regel können jedenfalls als diagno-

stische Anhaltspunkte dienen. Fluktuatian fehlte. Die vaginale Entfernung abgesehen von ihrer Unmöglickkeit in diesem Falle hätte zu einer totalen Kastration geführt, während durch die abdominelle Laparotomie die Person nicht nur geheilt, sondern auch geschlechtsfähig blieb. Die Entstehung der wiederholten Peritonitis ist gewiss auf Blutaustritt zurückzuführen. Auffallend ist ferner, dass die Hämatometra sich durch die Entfernung der Hämatosalpinx rasch vergrößerte. Die Bildung der Hämatosalpinx spricht endlich dafür, dass hier das Nebenhorn sich an der Menstruation betheiligt haben musste. **Piering** (Prag).

7) A. Pinna-Pintor (Turin). Ein Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft mit seltenem Ausgange. Laparotomie. Heilung.

(Ann. di ost. e gyn. 1900. Februar.)

Der vom Verf. mitgetheilte Fall betraf eine reine Tubarschwangerschaft, die im Beginne des 4. Monats unter den ziemlich charakteristischen Symptomen der Ruptur des Fruchthalters (heftiger, plötzlicher Schmerz im Leibe, Collaps, Peritonealreizung, Genitalblutung, Abgang einer Membran) unterbrochen wurde. Der »seltene Ausgang« bestand — wie die spätere Operation ergab — darin, dass die Ruptur nur einen kleinen Theil der Tubenwand betraf und daher weder zum Austritt des Fötus führte noch eine nennenswerthe Blutung in die Bauchhöhle zur Folge hatte. Neben dem Uterus ließ sich ein ziemlich schmerzloser Tumor nachweisen. Bei der $^1/_2$ Jahr nach der Ruptur vorgenommenen Laparotomie fand man in der That die rechte Tube als Sitz der Schwangerschaft; die Stelle der Ruptur entsprach dem äußeren Ende des Fruchthalters und war nur so groß, dass gerade das Schädeldach des Fötus darin Platz hatte, während der Rest der Frucht noch in der Tube steckte. Die letztere enthielt außerdem ein beträchtliches, mehr oder weniger organisirtes Coagulum, während der Douglas völlig frei von Blut war — ohne jede Spur von Hämatocele. Der Fruchtsack wurde exstirpirt, und die Pat. genas. Verf. nimmt an, dass der Kopf des Fötus gleich im Beginne der Ruptur wie ein Tampon sich in die Öffnung einstellte und dadurch eine weitere Zunahme der Blutung verhinderte. Die Anfangs (gelegentlich der Ruptur) ziemlich bedrohlichen Symptome sind in Anbetracht der geringen Blutung wohl weniger auf diese selbst, als vielmehr auf den Chok und die peritoneale Reizung zurückzuführen. Die Indikation zum operativen Eingreifen sah Verf. hauptsächlich in den drohenden Gefahren, welche von einer möglichen Zersetzung des Fruchtsackinhaltes (Eiterung, Fäulnis) ausgehen konnten. Irgend welche ätiologischen Anhaltspunkte bietet der vorliegende Fall nicht: es waren 7 normale Entbindungen vorausgegangen; kein Abort, keine entzündlichen Genitalaffektionen.

H. Bartsch (Heidelberg).

8) Steiner. Zur Behandlung des Puerperalfiebers, nebst Mittheilung einiger mit Antistreptokokkenserum behandelter Fälle.

(Heilkunde 1901. Januar.)

Die Fälle wurden im Bürgerhospital in Hagenau (Prof. Biedus) behandelt. Im Falle 1 ging nach Gebrauch des Serums das Fieber prompt zurück, stieg nach Aussetzen desselben wieder an und verschwand nach Wiederanwendung endgiltig. Indess war auch hier vorher schon nach der ersten Abscessbildung ohne Serum ein ganz unerwarteter Rückgang eingetreten. Im Falle 3 lief die außerordentlich schwere und langwierige reine Streptokokkeninfektion nach Anwendung des Serums gut ab, aber nicht zugleich mit demselben; eine Parametritis machte auch zur Nichtserumzeit wenn auch kleinere Schwankungen durch und Fall 1 hatte einen Rückgang schon sicherer Eiterung vor Anwendung des Serums aufgewiesen. Im 3. Falle musste das Serum schließlich wegen offenbar verlorener Indulgenz gegen dasselbe und direkter Schädlichkeit (kleine Phlegmonen an der Einstichstelle trotz peinlichster Sauberkeit, scharlachähnliches Exanthem) nach Verbrauch von 18 Dosen (180 ccm) ausgeführt werden.

In allen Fällen lief die von Biedus geübte Behandlung, Reinspülung von Uterus und Scheide, Eis und Opium, so wie die für sehr wichtig gehaltene innere

Desinfektion mit Chinin durch den ganzen Verlauf durch und wie früher schon oft, hat sie im Falle 2 allein zu dem höchst zweifelhaft gewordenem guten Ende geführt. Bemerkenswerth ist, dass die häufig nach den Uterusspülungen auftretenden Schüttelfröste durch eine prophylaktische Gabe von 0,5 Chinin, 1/2 Stunde vor der Spülung verhindert werden. **Witthauer** (Halle a/S.).

9) C. Hofmann (Bonn). Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmäßiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose?

(Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 3.)

Da das gewohnheitsmäßige Zählen keine genügende geistige Ablenkung bedingt, empfiehlt H., langsam rückwärts zählen zu lassen, mit einer 3stelligen Zahl, z. B. 200, beginnend. Die Maske kommt 1/2—1 Minute ohne Narkoticum auf das Gesicht, dann wird erst langsam, dann mit allmählich zunehmender Geschwindigkeit aufgetropft. Auch den Äther kann man mit der Tropfmethode und der gewöhnlichen Esmarch'schen Maske anwenden. Nur muss die Maske mit einer mehrfachen Gazelage überzogen und bei Potatoren vorher Morphium gegeben werden. **Calmann** (Hamburg).

10) B. Grohé (Jena). Duplicitas intestini crassi cum utero et vagina duplice. Ihre entwicklungsgeschichtliche Deutung und operative Korrektur.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. Hft. 5 u. 6.)

Ein 10jähriges, gesundes, kräftiges Kind entleert zuweilen nur Koth aus der Scheide. Manchmal tritt nach längerer Verstopfung heftiger Schmerz auf. Der Befund besteht in einem normalen und einem 2. Anus kurz oberhalb des Frenulum labiorum. Clitoris und Urethra sind normal gebildet, dagegen bestehen doppelte Vagina, Uterus und Ovarien. Deutlich zu tasten zwischen Symphyse und Rectum ist ein 2faustgroßer, derber Tumor mit glatter Oberfläche. Bei der 1. Operation findet sich ein Uterus bicornis, hinter ihm ein mannsfaustgroßer Tumor, dahinter der Dickdarm. Der Tumor sieht aus wie Darm; sein Peritoneum wird abpräparirt und mit dem Parietalblatte vernäht; 4 Tage später wird der Tumor eröffnet, er enthält thatsächlich Koth, ohne dass sich eine Kommunikation mit dem Darme findet. Einige Tage später findet sich wieder Koth, eingespültes Wasser dringt in die Vagina ein und nunmehr wird auch eine Verbindung mit dem Darme nachgewiesen. Bei einer 3. Operation wird endlich festgestellt, dass es sich um einen doppelten Dickdarm (wie die Läufe einer Doppelflinte) mit 2 Wurmfortsätzen handelt. Das eine Darmrohr mündet an gewohnter Stelle, das andere endet als Anus vulvalis mit Verengerung zu einem bleistiftdicken Rohre; durch Kothstauung ist das vordere Darmrohr ausgebuchtet. Zwischen beiden Rohren wird eine Kommunikation hergestellt und dann durch eine 4. Operation das von der Anastomose abwärts reichende Septum durchtrennt, so dass nur noch ein Rectum besteht. Die anfänglich bestehende Incontinentia alvi giebt sich bald. Durch eine 5. Operation wird das zwischen den beiden Vaginae bestehende Septum gespalten. Vaginal- und Rectalrohr werden von einander abgelöst und durch cirkulär gelegte submuköse Nähte verkleinert. Ein etwa 3 cm langer Damm wird gebildet. Der schließliche Erfolg war ein vollkommener.

Verf. glaubt, dass die Missbildung durch gestörten ventralen Verschluss der Darmrinne entstanden ist, indem das Enteroblast sich in der Medianlinie neben einander dorsal in die Höhe schob. Die Genitalverdopplung mag sich durch Dazwischenliegen des anormalen Enddarmes zwischen die Müller'schen Gänge entwickelt haben. **Calmann** (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. Sonnabend, den 22. Juni. **1901.**

Inhalt.

Bericht über die Verhandlungen der 9. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Giefsen vom 29. bis 31. Mai 1901.

Erstattet von

Dr. K. **Kretschmar** in Wiesbaden.

(Schluss.)

Bericht über die gedruckt vorliegenden Referate über Eklampsie.

Fehling (Straßburg). Die Thesen des Referates mussten meist negativ gestellt werden, wenn sie präcis lauten sollten. Der Fortschritt ist nur durch Positives möglich, und desshalb ist die jüngste Hypothese Czempin's, die Placentastelle ein drüsiges Organ dar, bestimmt, die vom Fötus producirten Giftstoffe zurückzuhalten oder chemisch umzuwandeln, zurückzuweisen. Seit der Drucklegung des Referates im Februar sind mehrere Arbeiten erschienen, die erwähnt werden müssen.

Schmorl hat 3 Fälle einer eigenthümlichen Graviditätsintoxikation mitgetheilt, die das Krankheitsbild der Eklampsie erweitern. Auf Kopfschmerzen,

Augenstörungen, nervöse Unruhe, Erbrechen, Albuminurie in der 2. Hälfte der Schwangerschaft trat Sopor ein. Die Kranken erlagen ohne Konvulsionen. Bei der Sektion fanden sich stets die gleichen Leber-, Nieren-, Gehirn-, Herzveränderungen. Im Anschlusse an ähnliche Fälle von Wendt, Bouffe de St. Blaise ist man danach berechtigt, eine der Eklampsie adäquate Schwangerschaftsvergiftung anzunehmen, welche ohne Krämpfe verläuft. Die Arbeiten von Glöckner und Goedecke bringen Vieles, was die Ansicht F.'s, dass die Eklampsie eine fötale Intoxikation sei, stützt. Die Ansicht Stroganoff's, dass auch nach Ovariotomie Eklampsie auftreten könne, ist unrichtig.

Schmorl hat bewiesen, dass Nieren- und Leberveränderungen häufiger vorkommen, als man früher annahm. Die Thrombenbildungen in den Pfortaderästen sind nicht durch Einschwemmung von Placentarriesenzellen veranlasst, sondern durch ein im Blute kreisendes Fibrinferment. Die Aufgabe der Forschung wird sein, die Herkunft dieses Fermentes festzustellen.

Trotz der Häufigkeit der Organveränderungen muss These VII aufrecht erhalten werden, da es ein abgeschlossenes konstantes anatomisches Bild, wie z. B. für Typhus und Pneumonie, nicht giebt. Auf die bei den Kinderleichen zu erhebenden Befunde muss mehr wie seither geachtet werden, besonders muss festgestellt werden, wie rasch im Verhältnisse zu den Erscheinungen bei der Mutter die Veränderungen beim Fötus vorkommen und ob sie primär oder sekundär sind. An These VIII ist trotz Stroganoff's neuester Publikation festzuhalten.

Bei Berechnung der Häufigkeit der autochthonen Eklampsie in Anstalten muss berücksichtigt werden, wie viel Procent Geburten von Hausschwangeren und wie viel von auswärts Eingetretenen diese Anstalten haben.

Entsprechend der Theorie der Vergiftung des mütterlichen Organismus durch die Frucht muss die Aufgabe der Therapie dahin gehen, durch möglichst schnelle Entbindung die Giftquelle zu eliminiren. F. sprengt nach den ersten Wehen mit Sonde oder Finger die Blase. Die Entspannung des Uterus wirkt günstig auf den Verlauf der Krankheit, auch kommt die Geburt rascher in Gang. Sobald es möglich ist, Zange oder Extraktion unter Zuhilfenahme multipler Incisionen in den infravaginalen Theil der Cervix; bei absterbendem Kinde Perforation. Chloroform ist zu Untersuchungen und Operationen anzuwenden. Morphium ist mit Vorsicht bei motorischer Unruhe zu geben; vor großen Dosen, die den Sopor vermehren, muss gewarnt werden.

Der Indicatio morbi entsprechen Aderlass und Salzwasserinfusionen. Letztere regen die Nieren zur Ausscheidung der Toxine an.

Wyder. Symptomatologie. Die Eklampsie kann mit und ohne Prodrome ausbrechen. Häufig sind Prodrome vorhanden, werden aber nicht beachtet. Über 90% der Fälle weisen während, oder auch schon vor Ausbruch der Eklampsie Veränderungen der Nierenfunktion (Reduktion der Urinmenge, Cylinder, Nierenepithelien, rothe Blutkörperchen) auf. Ödeme haben besondere Wichtigkeit, wenn sie an der oberen Körperhälfte beobachtet werden. Bei Nephritis in graviditate ist der Ausbruch des Symptomenkomplexes der Eklampsie selten, kommt aber vor. Häufige Prodrome sind Störungen des Centralnervensystems, der Sinnesorgane, des Verdauungsapparates: intensive Kopfschmerzen, Hyperästhesie, Schlaflosigkeit, fibrilläre Muskelzuckungen, Gedächtnisschwäche, psychische Alteration, Seh- und Gehstörungen, Erbrechen in der 2. Hälfte der Schwangerschaft, Magenschmerzen, Mattigkeit, Schwindelanfälle.

Die meisten, nicht alle Eklampsien verlaufen mit Temperatursteigerung. Erklärt wurde dieselbe durch die gesteigerte Muskelaktion während der Anfälle; als Wärmestauung, verursacht durch Gefäßkrampf, als Intoxikation durch eklamptische Toxine bedingt, als Symptom stattgehabter septischer Infektion. Keine dieser Erklärungen genügt. Möglicherweise spielen bei der Genese des Fiebers hämorrhagische und anämische Nekrosen, Parenchymblutungen, Embolien von Leberzellen, Placentarriesenzellen eine Rolle. Komplikationen von Eklampsie mit der akuten gelben Leberatrophie haben vielleicht dieselbe Ätiologie, denn die Leberveränderungen der Eklampsie ähneln denen der akuten gelben Leberatrophie.

Prognose. Die Prognose muss unter allen Umständen, mag es sich um eine Eklampsie ante, inter oder post partum handeln, valde dubia gestellt werden. Nach einer von ihm aufgestellten Statistik kann W. die Angabe Löhlein's, »dass durchschnittlich der 5. Theil (20%) der in den großen Anstalten ausgebrochenen und der dahin übergeführten Eklampsien letal endigt«, bestätigen. Die Mortalität der Kinder schwankt zwischen 28 und 44%. Bei der Prognosenstellung müssen berücksichtigt werden:

1) Der Zeitpunkt des Eintrittes der Anfälle ante, inter und post partum. Die Prognose ist im Allgemeinen um so schlechter, je früher die Eklampsie eintritt. Die reinen Wochenbettseklampsien sind aber durchaus nicht immer leicht, neben allerleichtesten kommen allerschwerste, schnell zum Tode führende Formen vor.

2) Die Geburtsdauer nach Auftreten der Eklampsie.

3) Die Intensität, Dauer, Anzahl der Attacken und die Größe der Zwischenpausen.

4) Die Stärke des Komas, die Schnelligkeit, mit der es nach Beginn der Krankheit einsetzt, die Dauer desselben zwischen den Anfällen.

5) Die Reaktion des Kindes auf die Eklampsie, indem das Absterben des Kindes prognostisch günstig ist.

6) Die Anzahl der Geburten.

7) Verhalten des Urins. Im Allgemeinen ist die Prognose um so günstiger, je mehr sich die Diurese hebt und Eiweißgehalt und Cylinder abnehmen. Ausnahmen giebt es auch hier.

8) Puls und Temperatur. Nicht das Fieber an sich, auch nicht seine Höhe sind maßgebend für die Prognose, sondern die Art und Weise, wie es auftritt.

In gleichmäßigem Ansteigen mit der Zahl der Anfälle erreichte hohe Temperaturen sind nicht als ungünstig zu bezeichnen, wohl aber vorzeitiges Einsetzen hoher Temperaturen und Ansteigen der Temperatur nach Aufhören der Anfälle.

Für die Therapie sind folgende Grundsätze maßgebend:

1) Möglichst rasche, gleichzeitig aber auch möglichst schonende Entbindung der Frau, ohne allzu große Rücksichtnahme auf das kindliche Leben.

Bei erhaltenem Cervicalkanale ist nach eventueller vorausgeschickter Vorbereitung durch Hegar'sche Dilatatoren der Metreurynter einzulegen. Dührssen'sche Incisionen sind wegen der Gefahr der Blutung nur bei entfalteter Cervix, aber geschlossenem Muttermunde erlaubt, der Kaiserschnitt nur bei Agone der Mutter im Interesse des Kindes.

2) Vornahme aller geburtshilflichen Manipulationen wegen der bestehenden, bedeutend erhöhten Reflexerregbarkeit nur in Narkose.

3) Peinlichste Beobachtung der anti- resp. aseptischen Kautelen bei der Leitung der Geburt, denn durch die eklamptische Intoxikation ist eine erhöhte Disposition für Sepsis geschaffen.

4) Möglichste Individualisirung bei der Anwendung der als Herz- und zum Theil auch als Nierengifte bekannten Mittel: Chloroform, Chloralhydrat, Morphium, Veratrum viride, resp. möglichste Einschränkung derselben, da sie nur die deletäre Wirkung der Krämpfe beseitigen, zur Eliminirung der Toxine aber nichts beitragen, sondern im Gegentheile Nieren und Herz noch mehr belasten. Die kombinirte Behandlung mit Chloroforminhalation und Chloralhydratklystieren ist zu empfehlen, Morphium bei frequentem, kleinem Pulse zu vermeiden.

5) Möglichst schonende und sorgfältige Anregung der sekretorischen Thätigkeit der Nieren, der Haut, des Darmtractus Behufs Ausscheidung der Toxine.

Bei Anwendung der Breus'schen heißen Wickel ist strenges Individualisiren nöthig wegen der Gefahr von Hirnblutungen. Sein Hauptanwendungsgebiet findet das Breus'sche Verfahren in der Schwangerschaft.

6) Wenigstens theilweise Entfernung resp. Verdünnung der im Blut kreisenden giftigen Substanzen in geeigneten Fällen durch Aderlass und subkutane resp. intravenöse oder Kochsalzinfusion.

Der Aderlass wirkt, abgesehen davon, dass er die Gefahren des erhöhten Blutdruckes verringert und den kleinen Kreislauf entlastet, noch besonders dadurch günstig, dass damit ein Theil der deletären Toxine beseitigt wird. Unterstützt wird seine Wirkung durch subkutane oder rectale Salzwasserinfusionen.

7) Verstärkte Oxydation des Blutes durch Sauerstoffinhalationen.

Die Sauerstoffinhalationen begünstigen die Verbrennung der eklamptischen Toxine und heben Respiration und Cirkulation. Sie sind als rationelles, unschädliches Mittel dringend zu empfehlen.

8) Bei drohendem Herzcollaps sind Excitantien, wie Äther, Kampher, Koffeïn, zu geben.

Schmorl (Dresden). Zur pathologischen Anatomie der Eklampsie.

Vortr. hat bereits vor 10 Jahren auf dem Kongresse in Bonn über pathologisch-anatomische Untersuchungen bei Eklampsie berichtet und seit jener Zeit ununterbrochen an der Erfüllung der vom Herrn Ref. aufgestellten Forderung, genaue pathologisch-anatomische Untersuchungen über Eklampsie anzustellen, gearbeitet. Sein Untersuchungsmaterial beläuft sich zur Zeit auf 73 Fälle. Über 17 Fälle hat er bereits in seiner im Jahre 1893 erschienenen Monographie genaue Angaben veröffentlicht. Durch Untersuchungen anderer Autoren sind dieselben in allen wesentlichen Punkten bestätigt worden. Auch seine neuerdings an 56 Fällen nach einheitlichen Gesichtspunkten vorgenommenen Untersuchungen haben eine weitgehende Bestätigung derselben gebracht.

In den Nieren handelt es sich in weitaus der Mehrzahl der Fälle um degenerative Processe (albuminöse Trübung, fettige Degeneration) des secernirenden Epithels, daneben fanden sich häufig, aber nicht konstant, Epithelnekrosen. Außerdem waren häufig Thromben in den Glomerulis und in kleineren Venen und Arterien nachweisbar. Die genannten Veränderungen, welche in manchen Fällen sehr geringfügig waren, fanden sich in 72 Fällen. Nur in einem Falle waren die Nieren völlig normal, trotzdem waren aber in demselben an den anderen Organen die gleich zu besprechenden Veränderungen vorhanden.

An der Leber wurden in 71 Fällen die bekannten hämorrhagischen und anämischen Nekrosen gefunden, in den beiden negativen Fällen bestand aber eine frische Thrombose der Pfortader. Vortr. hebt hervor, dass es sich nicht, wie manche Autoren annehmen, um einfache Blutungen, sondern um komplicirte nekrotische Processe von typischer Lage im Uterus und eigenthümlichen Bau (fibrinöse Exsudation, Thrombosen in den inter- und intralobulären Pfortaderästen) handelt. Dieselben sind weder von den Nierenveränderungen abhängig zu machen, da sie sich auch bei dem Falle mit völlig normalen Nieren fanden, noch sind sie auf Quetschungen und Pressungen zurückzuführen, welche die Leber nach der Annahme mancher Autoren während der Konvulsionen erfährt, da einerseits bei anderen mit Konvulsionen einhergehenden Krankheiten (Epilepsie, Chorea, Delirium tremens, Morphiumvergiftungen) nach den zahlreichen Kontrolluntersuchungen des Vortr. wohl kleine Blutungen, niemals aber hämorrhagische und anämische Nekrosen gefunden werden, und da sich andererseits der Nachweis führen ließ, dass in einem Falle die Nekrosen bereits vor dem konvulsiven Stadium bestanden haben mussten (Tod 40 Minuten nach einem einzigen Anfalle).

Bei 10 mit Ikterus einhergehenden Fällen, von denen 3 in ihrem klinischen Verlaufe an akute gelbe Leberatrophie erinnert hatten, fanden sich genau dieselben Veränderungen wie bei nicht mit Ikterus komplicirten Fällen; es besteht in Folge dessen keine Veranlassung, ersteren eine Sonderstellung einzuräumen, zumal es gelang, auch bei einigen gewöhnlichen Fällen von Eklampsie im Blutserum Gallenfarbstoff nachzuweisen.

Am Gehirn wurden unter 65 Sektionen 58mal Veränderungen in Form von kleinen (selten großen) Blutungen und Erweichungsherden gefunden, Dieselben

waren theilweise von Thrombenbildung begleitet, theils traten sie ohne letztere auf und waren entweder von Gefäßwandveränderungen, theils von der während der Konvulsionen vorhandenen Blutdrucksteigerung abhängig zu machen und dem entsprechend als sekundär zu betrachten.

Im Herzen konnten neben der sehr häufigen fettigen und parenchymatösen Degeneration mit einer gewissen Regelmäßigkeit, nämlich in 42 Fällen, Blutungen und Zerfall der Muskelfasern gefunden werden. Thromben waren hier seltener.

In den Lungen fanden sich 66mal Thromben am Gefäßsystem und im Anschlusse an letztere Blutungen und eigenthümliche fibrinöse Exsudationen in die Alveolen (seltener), wie solche vom Vortr. und Pels Leusden beschrieben worden sind.

Die Parenchymzellenembolien (Bulbo- und Placentarzellenembolien) sind nicht als pathognomonisch für Eklampsie anzusehen, da sie auch bei Nicht-Eklamptischen vorkommen.

Bei Kindern Eklamptischer wurden unter 8 Fällen 5mal Nieren- und 3mal Lebernekrosen gefunden.

Vortr. glaubt, dass man auf Grund dieser, so wie auf Grund der von anderen Autoren angestellten Untersuchungen berechtigt ist, die Behauptung auszusprechen, dass der Eklampsie ein charakteristischer anatomischer Befund zukommt, der sich aus einer Summe von einzelnen, an sich nicht für Eklampsie absolut charakteristischen Organveränderungen zusammensetzt. Er betont, dass diese Behauptung um so mehr berechtigt sei, als man nach seinen Erfahrungen bei keinem anderen Krankheitsprocesse den gleichen Komplex von Organveränderungen findet. Der anatomische Befund weist nach seiner Ansicht darauf hin, dass bei Eklampsie eine Blutveränderung besteht, welche uns in der multiplen Thrombenbildung sichtbar vor Augen tritt. Die Quelle, woher diese Blutveränderung stammt, ist zur Zeit noch unbekannt. Vortr. hält die von ihm geäußerte Ansicht, dass sie von abnormen, in Folge einer Erkrankung der Placenta gebildeten Stoffwechselprodukten herrührt, noch immer für diskutabel und weist am Schlusse darauf hin, dass vielleicht auch die Lehre von den Katalepsien klärend in die Eklampsiefrage eingreifen könne.

Füth und Krönig (Leipzig). Experimentelle Untersuchungen zur Ätiologie der Eklampsie.

K. berichtet über Untersuchungen, welche gemeinschaftlich mit Dr. Füth im Laboratorium der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig ausgeführt worden sind. Das Bestreben ging dahin, die modernen Untersuchungsmethoden, welche vornehmlich die physikalische Chemie an die Hand gegeben hat, zu benutzen, um einige Aufklärung über die Ätiologie der Eklampsie zu erhalten.

F. und K. gingen bei ihren Untersuchungen von 2 verschiedenen Gesichtspunkten aus. Der erste wesentlich erscheinende Punkt war der, zu untersuchen, ob sich irgend ein Anhalt finden ließe für die Annahme, dass bei der Eklampsie eine Vergiftung des Organismus mit Stoffwechselprodukten vorliegt. Dieses Giftprodukt könnte unter den gegebenen Verhältnissen im mütterlichen oder im kindlichen Organismus entstehen, vielleicht auch in beiden gleichzeitig. Fehling ist dafür eingetreten, dass mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Entstehungsherd der Toxine im Kinde zu suchen sei, und zwar stellt er sich den Vorgang so vor, dass das Kind, welches einen eigenen Stoffwechsel hat, seine Stoffwechselprodukte an den mütterlichen Organismus durch den placentaren Kreislauf abgiebt; bei vorhandener Störung in der Nierenfunktion kann bei mangelnder Ausscheidung eine Vergiftung des mütterlichen Organismus stattfinden.

Um diese Hypothese zu stützen, wurden Versuche angestellt, um zu entscheiden, ob zwischen mütterlichem und kindlichem Blute ein reichlicher Austausch von chemischen Produkten statthat, wobei gleichzeitig die Frage berührt wurde, ob irgend welche Anhaltspunkte für die Annahme Ahlfeld's gegeben sind, dass die Placenta nicht ein Filtrations-, sondern ein sekretorisches Organ ist. Wie Fehling schon in seinem Referate hervorgehoben hat, schien der vielversprechendste Weg der zu sein, die Bestimmung des osmotischen Druckes bei mütterlichem

und kindlichem Blute gleichzeitig vorzunehmen, um so einen Anhaltspunkt für die molekulare Koncentration beider Flüssigkeiten zu erhalten.

Die Bestimmung des osmotischen Druckes wurde mit dem handlichen Beckmann'schen Apparate ausgeführt, indem der Gefrierpunkt des mütterlichen Blutes im Momente der Geburt bestimmt wurde.

An der Hand einer Tabelle wird gezeigt, dass mütterliches und kindliches Blut mit unbedeutenden Abweichungen stets gleiche Gefrierpunktserniedrigung haben, woraus folgt, dass kindliches und mütterliches Blut im osmotischen Gleichgewichte sich befinden, es muss also in jedem Zeitpunkte der Geburt und wohl auch der Schwangerschaft eine diosmotische Bewegung von Mutter zu Kind und auch im umgekehrten Sinne vor sich gehen, womit die Annahme von Fehling sehr wohl plausibel gemacht wird, dass die Stoffwechselprodukte auch vom Kinde stammen können.

Betreffs der Annahme Ahlfeld's von der sekretorischen Thätigkeit der Placenta verhalten sich F. und K. skeptisch. Sie möchten zur Zeit die Theorie von der sekretorischen Thätigkeit der Placenta noch nicht als genügend gefestigt anerkennen.

In gleicher Weise wurden Versuche angestellt, ob sich durch Veränderung des osmotischen Druckes vielleicht eine Stütze dafür finden ließe, dass sich bei der Eklampsie im mütterlichen Blute Stoffwechselprodukte, vor Allem Salze anhäufen. Einen gleichen Wassergehalt des Blutes bei eklamptischen Frauen vorausgesetzt, müssen sich die Anhäufungen derartiger Stoffe durch Erhöhung der molekularen Koncentrationen in einer Erniedrigung des Gefrierpunktes des mütterlichen Blutes ausdrücken. Die Versuche schienen Erfolg zu versprechen, weil gewisse analoge Versuche über Blutbefunde bei Nierenerkrankungen vorlagen, welche zum Theil bei Urämie eine bedeutende Herabsetzung des Gefrierpunktes des Blutes feststellten.

An einer Tabelle wird gezeigt, dass die Differenz zwischen dem Gefrierpunkte des Blutes bei eklamptischen und normalen Kreißenden nur sehr gering ist und nicht geeignet, daraufhin einen Rückschluss auf eine höhere molekulare Koncentration des Blutes bei Eklamptischen zu erlauben. Natürlich darf man sich hierdurch nicht zu dem weiteren Schlusse verleiten lassen, dass bei der Eklampsie etwa keine Retention von Stoffwechselprodukten statthat. Es wäre einmal denkbar, dass das Blut bei der Eklampsie ähnlich wie bei manchen urämischen Personen wasserreicher ist, und weiter könnten die giftigen Stoffwechselprodukte Eiweißstoffe sein, welche den osmotischen Druck einer Flüssigkeit nicht beeinflussen.

F. und K. haben noch von einem zweiten Gesichtspunkte aus versucht, Experimente zur Klärung der Ätiologie der Eklampsie anzustellen. Fühlt man den Puls einer Gebärenden oder Wöchnerin während der Eklampsie, so fällt auf, dass der Puls in der Radialis außerordentlich gespannt ist. Es lag nahe, durch exakte Methoden festzustellen, ob bei der Eklampsie eine Blutdrucksteigerung besteht. Als Apparat wurde der von Riva-Rocci angegebene Sphygmomanometer verwendet (Demonstration des Apparates). Vorbedingung für ein richtiges Funktioniren des Sphygmomanometers ist die vollständige Erschlaffung der unter dem Kompressionsschlauche liegenden Muskeln. Im Krampfstadium selbst, so wie in der Wehe, vor Allem in der Presswehe ist daher eine Festlegung der Blutdruckshöhe nicht exakt möglich.

Um die Blutdruckveränderungen bei der Eklampsie beurtheilen zu können, wurden zunächst umfassende Untersuchungen über den physiologischen Ablauf des Blutdruckes während der Schwangerschaft und der Geburt angestellt. Ein Vergleich mit der Blutdruckskurve bei Eklampsien ergab bei der Messung mit dem Sphygmomanometer eine Blutdrucksteigerung bei der Eklampsie sowohl während der Geburt als des Wochenbettes.

F. und K. haben sich dann noch die Frage vorgelegt, wodurch diese Blutdrucksteigerung bei der Eklampsie bedingt sein könnte.

Als Faktoren kommen vor Allem in Betracht eine vermehrte Blutmenge, weiter ein Krampf der Vasokonstriktoren und schließlich eine veränderte Beschaffenheit

des Blutes, bedingt durch eine erhöhte Klebrigkeit (Viscosität), welche die innere Reibung des Blutes vermehrt. Es ist zur Zeit noch nicht möglich, die Blutmenge bei Lebenden genau zu bestimmen, ferner ist es unmöglich, sich ein klares Urtheil über einen etwaigen Krampf der Vasokonstriktoren im Verlaufe der gesammten Gefäßbahnen zu bilden, dagegen haben Hirsch und Beck einen Apparat bekannt gegeben, welcher dem Ostwald'schen Apparate zur Bestimmung der Viscosität verschiedener Flüssigkeiten nachgebildet ist und uns gestattet, die innere Reibung des lebenden Blutes zu messen (Demonstration des Apparates an einer Zeichnung). An einer Tabelle werden die bei der Eklampsie gemachten Bestimmungen wiedergegeben. Der relative Koëfficient der inneren Reibung η schwankte zwischen den Größen 4 und 6. Da Hirsch und Beck bei normalen, allerdings nicht schwangeren Frauen Untersuchungen angestellt haben und als Mittelwerth für η 5,1 gefunden hatten, so glauben K. und F. zu dem Schlusse sich berechtigt, dass bei der Eklampsie eine Erhöhung der Viscosität des Blutes nicht eintritt.

Die Bestimmung des spec. Gewichtes des Blutes ergab ebenfalls keine abnorme Erhöhung desselben, sondern es wurden Schwankungen zwischen 1046 und 1058 gefunden.

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden schließlich in 2 Sätzen zusammengefasst: Die Bestimmung des osmotischen Druckes bei mütterlichem und kindlichem Blute hat eine Stütze für die These XII des Fehling'schen Referates ergeben, dass ein Übertritt von toxischen Produkten von Kind auf Mutter stattfinden kann. Die Ansammlung toxischer Substanzen im mütterlichen Blute zeigt sich aber weder durch eine Erhöhung des osmotischen Druckes noch durch eine Erhöhung des spec. Gewichtes an. Der während der Geburt und im Wochenbette nachzuweisende erhöhte Blutdruck kann entweder durch eine vermehrte Blutmenge bei der Eklampsie oder durch einen erhöhten Krampfzustand der Vasokonstriktoren bedingt sein, findet dagegen seine Erklärung nicht in einer erhöhten inneren Reibung des Blutes.

A. Dienst (Breslau). Pathologisch-anatomische Befunde, Blut- und Harnuntersuchungen eklamptischer Mütter und deren Früchte. Experimentelle Beiträge zur Frage der Pathogenese der Eklampsie.

D. konnte bei der Eklampsie denselben Harnbefund, wie er bei dieser Erkrankung für die Mütter allbekannt ist, auch bei deren Kindern erheben und bei letalem Verlaufe der Erkrankung die für die Eklampsie charakteristischen Organveränderungen in gleicher Weise bei Mutter und Kind nachweisen: d. h. albuminöse Trübung, Verfettung, anämische und hämorrhagische Nekrosen des Nierenparenchyms und der Leberzellen und mehr oder weniger ausgesprochene degenerative Processe am Herzen; in den verschiedensten Organen fanden sich Thromben. Im Blute, das, frisch aus der Ader entleert, eine auffallende Gerinnung zeigte, ließ sich in gleicher Weise bei der Mutter wie beim Kinde eine hochgradige Steigerung des Fibringehaltes durch chemische Untersuchung nachweisen. Diese in gleicher Weise bei Mutter und Kind erhobenen Befunde, vor Allem der Blutbefund, zwingen zu der Annahme, dass bei der Eklampsie durch dasselbe Gift, dem eine gerinnungserregende Eigenschaft zukommen muss, in gleicher Weise Mutter wie Kind geschädigt wird. Insonderheit glaubt Autor die Quelle des Giftes im Fötus suchen zu müssen. Die Eklampsiegifte sind seiner Ansicht nach vom Fötus producirte physiologische Substanzen seiner regressiven Eiweißmetamorphose, die normalerweise, ohne den mütterlichen Organismus sonderlich zu alteriren, nur eine geringe Erhöhung des Fibrinprocentes im mütterlichen Blute in der Gravidität bewirken und durch die mütterlichen Ausscheidungsorgane vollkommen eliminirt werden, die aber, wenn sie pathologischerweise nicht genügend aus ihm entfernt werden, — darauf ist das Hauptgewicht zu legen — den mütterlichen Organismus vergiften und in erster Instanz seine Ausscheidungsorgane schädigen.

Die in Folge der sekundär geschädigten mütterlichen Leber ungenügend oxydirten, mütterlicherseits abstammenden Eiweißstoffwechselprodukte summiren sich mit den fötalen Eklampsiegiften.

Bei längerer Dauer der Erkrankung kommt es sodann bei der ständig erstrebten

Isotonie zwischen mütterlichem und kindlichem Kreislaufe durch Diosmose zu einer — sit venia verbo — Reintoxikation des kindlichen Organismus.

Die Eklampsie kann also nach dem Autor nur zu Stande kommen, wenn die Leistungsfähigkeit der mütterlichen Ausscheidungsorgane von vorn herein herabgesetzt ist, oder im Laufe der Gravidität resp. Geburt ungenügend wird.

Das ist das Grundübel bei der Eklampsie. Überdies ist auf das Herz nach der Ansicht von D. ein weit größeres Gewicht zu legen, als bisher geschehen ist.

Als Beweis für die Richtigkeit seiner Annahme dienen ihm Thierexperimente. Vortr. stellte eine künstliche Insufficienz der Ausscheidungsorgane zweier Kaninchen durch Herausnahme einer Niere her, ließ das eine der in gleicher Weise und an demselben Tage operirten Thiere gleich nach der Operation gravid werden, das andere nicht. Ungestörte Rekonvalescenz beider Thiere. Erst am 16. Tage seiner Gravidität wurde das belegte Thier krank, es fraß nicht. Dasselbe Verhalten am 17. Tage. Am 18. Tage sprang es wild und aufgeregt im Stalle umher, lief sogar wiederholt mit dem Schädel gegen die Wände des Stalles und starb die Nacht darauf. Die vom Vortr. ausgeführte Sektion ergab keine Gehirnveränderung, keine Spur von Peritonitis; auch die bakteriologische Abimpfung vom Peritoneum ergab ein vollkommen negatives Resultat. Am Herzen kolossale Verfettung (Schilderhauszeichnung nach Kaufmann). Endokard und Herzklappen ohne Veränderungen. Trotzdem fand sich in der Niere ein linsengroßer, anämischer Infarkt, der sich später auf Serienschnitten als eine anämische Nekrose offenbarte, die in Folge thrombotischer Verlegung des zuführenden Arterienastes eingetreten war; sonst Nekrose, Verfettung der Epithelien, Cylinder in den Harnkanälchen. In der Leber so zahlreiche anämische und hämorrhagische Nekrosen, dass dadurch etwa $^3/_4$ des Leberparenchyms zur Verödung gebracht waren. Im Uterus 3 abgestorbene Föten.

Das andere, in gleicher Weise operirte, nach der Operation aber nicht belegte Kaninchen lebt noch heute.

D. meint, dass das eben geschilderte Krankheitsbild und der Sektionsbefund einer letal verlaufenden Schwangerschaftseklampsie zu vergleichen ist.

An einem 2. Falle wurde vom Autor die Insufficienz der mütterlichen Ausscheidungsorgane noch dadurch erhöht, dass bei 2 gleich schweren Kaninchen nicht nur die eine Niere entfernt wurde, sondern einige Tage nach der 1. Operation durch Eröffnung der rechten Carotis und Vorschieben einer Sonde ins Herz außerdem noch die Aortenklappen durchbohrt wurden. Nach der Operation Aortengeräusch deutlich wahrnehmbar, ein Beweis, dass wirklich ein Herzfehler erzeugt war. Das eine der in gleicher Weise und an demselben Tage operirten Kaninchen wurde nun belegt, das andere nicht. Am 16. Tage der Gravidität des ersteren wurde bei beiden Kaninchen die Laparotomie gemacht und 27 resp. 29 g Lebersubstanz entfernt. Das nicht gravide Kaninchen erholte sich sehr schnell nach der Operation. Das gravide Kaninchen bekam $^1/_2$ Stunde nach der Operation Trismus, $^3/_4$ Stunde nach der Operation einen typischen eklamptischen Anfall von $1^1/_2$ Minuten Dauer; dieser wiederholte sich noch 2mal in derselben Weise in den nächsten 2 Stunden. 2 Tage nach Aufhören der Anfälle wieder normales Verhalten. Bis dahin war das Thier schläfrig, nahm keine Nahrung zu sich und reagirte weder auf Anruf, noch auf Berührung.

Am normalen Schwangerschaftsende warf das Thier, ohne ein Nest gebaut zu haben, 6 todte, entschieden nicht ganz ausgetragene Junge. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt auch bei den Föten multiple Thrombosen, anämische und hämorrhagische Nekrosen des Leberparenchyms, Blutungen ins Nierengewebe und überhaupt die bei der Eklampsie üblichen Veränderungen am Nierenparenchym.

D. erblickt in der letzten Beobachtung denjenigen Typus der Eklampsie, welcher in der Schwangerschaft mit Krämpfen einsetzt, nach dem Tode der Früchte sistirt, wonach die Gravidität bis zum normalen Schwangerschaftsende ohne weitere Störung verläuft und todte Früchte zur Welt kommen.

Da einerseits die künstlich erzeugte Herabsetzung der Eliminationsfähigkeit seitens der Ausscheidungsorgane bei den Mutterthieren erst zu schlimmen Folgen

führte, nachdem sie gravid geworden waren, andererseits aber nach Absterben der Föten die gefahrbringenden Krankheitserscheinungen des Mutterthieres verschwanden, glaubt Autor den Beweis erbracht zu haben, dass fötale Gifte zum Zustandekommen der Eklampsie nöthig sind. Ferner beweisen ihm seine operativen Eingriffe, dass in erster Hinsicht eine ungenügende Eliminationsfähigkeit seitens der mütterlichen Ausscheidungsorgane zum Zustandekommen der Eklampsie nöthig ist. (Selbstbericht.)

Schuhmacher (Straßburg). Experimenteller Beitrag zur Eklampsiefrage.

Die experimentelle Stütze der Bouchard'schen Autointoxikationstheorie der Eklampsie bildet die Prüfung der Harngiftigkeit durch den Thierversuch. Trotzdem die Zahl der einschlägigen Untersuchungen recht groß ist, haben sich bisher keine wirklichen Fortschritte in der Erkenntnis, sondern nur Widersprüche ergeben. Erst die Verbesserung der früher sehr mangelhaften Untersuchungsmethode durch Volhard hat eine bessere Resultate verbürgende Grundlage geschaffen. Die Resultate von insgesammt 167 an Kaninchen mit Harn und Serum angestellten Injektionsversuche lassen sich in Folgendem zusammenfassen.

1) Im Gegensatze zur physiologischen Kochsalzlösung, welche stets in ziemlich gleichen Mengen von 50—80 ccm pro Kilo Thier vertragen wird, besitzt der Harn Nichtschwangerer eine sehr wechselnde Giftigkeit. Die tödlichen Dosen lagen zwischen 5 und 80 ccm pro Kilo Thier.

2) Harn von gesunden Schwangeren und Wöchnerinnen zeigt ähnliche Schwankungen der Toxicität, die erstens auf das verschiedene Verhalten der Versuchsthiere und zweitens auf die sehr veränderliche Höhe des specifischen Gewichtes zurückzuführen sind.

Eine gesetzmäßige Verminderung der Harngiftigkeit in der Gravidität, eine Vermehrung im Puerperium ist nicht zu beobachten.

3) Urin von Kranken mit Nephritis gravidarum und mit Eklampsie wirkt eben so stark toxisch wie Harn von gesunden Schwangeren mit gleichem specifischen Gewichte. Die enorm hohe Giftigkeit des stark koncentrirten eklamptischen Urins mit 1030—1050 spec. Gewicht beruht nicht etwa auf einem Gehalte an Toxinen, sondern vielmehr lediglich auf der Eigenschaft des Harns, als allotonische Salzlösung rothe Blutkörperchen in um so stärkerem Maße zu zerstören, je mehr seine Koncentration von der molekularen Zusammensetzung des Blutes abweicht.

4) Fruchtwasser Eklamptischer erweist sich eben so wenig toxisch wie normales.

5) Blutserum von gesunden wie von eklamptischen Müttern besitzt eine beträchtliche, aber annähernd gleich hohe, zwischen 4 und 5 ccm pro Kilo Thier liegende Giftigkeit.

6) Zwischen der Wirkung mütterlichen und kindlichen Blutes lassen sich, wie 24 Prüfungen normalen und 12 eklamptischen Serums lehrten, keine Differenzen feststellen.

Der Ausfall der 109 Harnversuche bestätigt die Richtigkeit der schon früher von Anderen vertretenen Anschauung, dass die angestellten Versuche keine Schlüsse auf gesteigerte oder herabgesetzte Giftausscheidung des Organismus ziehen lassen. Bouchard's Theorie wird dadurch die wissenschaftliche Grundlage entzogen. Harninjektionsversuche können künftig unterbleiben, die Forschung wird sich auf das Serum koncentriren müssen, trotz der bisher auf diesem Gebiete negativen Arbeitsergebnisse.

L. Blumreich und L. Zuntz (Berlin). Experimentelle Beiträge zur Pathogenese der Eklampsie.

B. und Z. haben sich die Frage vorgelegt, ob die gesteigerte Erregbarkeit nach Ausbruch der Eklampsie nur dem eklamptischen Zustande eigenthümlich sei, etwa ähnlich wie bei der Strychninintoxikation, oder ob sie schon der Schwanger-

schaft als solcher zukomme. Sie prüften daher, ob die motorischen Hirncentren gesunder trächtiger Kaninchen sich in einem Zustande höherer Erregbarkeit befänden, als die der gesunden, nicht schwangeren Thiere.

2 größere Versuchsserien.

I. Bei 13 nicht trächtigen und 8 hochschwangeren Kaninchen wird festgestellt, eine wie große Menge eines Krampfgiftes (Kreatin) bei direkter Auftragung auf die durch Trepanation freigelegten motorischen Großhirnrindencentren erforderlich ist, damit allgemeine Konvulsionen erzeugt werden.

II. An 8 nicht trächtigen und 5 hochschwangeren Kaninchen wird geprüft, welche Mengen und Koncentrationen einer wässrigen Kreatinlösung erforderlich sind, um bei beiden Gruppen eklampsieähnliche allgemeine Krämpfe hervorzurufen.

Das Resultat der beiden Reihen von Experimenten ist, dass in der That das Gehirn der schwangeren Thiere sich in einem Zustande erhöhter Reizbarkeit befindet, der sich darin ausspricht, dass das gravide Kaninchen auf ungleich kleinere Quanten, als das nicht schwangere, mit typischen Krämpfen reagirt.

Die Autoren führen weiter aus, wesshalb die Übertragung dieser Ergebnisse des Thierexperimentes auf den Menschen angängig ist. — Es genügen sehr viel geringere Reize in der Schwangerschaft, als außerhalb derselben, um Konvulsionen auszulösen. Es erklärt diese Thatsache, warum die Krampfkrankheiten in der Schwangerschaft häufiger sind.

Es ist nun weiter festzustellen, ob diese erhöhte Empfindlichkeit des Gehirns Gravider allen Reizen und Reizarten gegenüber in gleicher Weise vorhanden ist, oder nur bestimmten (d. h. ob eine specifische Reizempfindlichkeit, Selektion im Sinne Ehrlich's, vorliegt).

Ist letzteres der Fall, so wird man das Eklampsiegift vielleicht finden können, indem man prüft, durch welche Reizstoffe aus dem Organismus der Eklamptischen sich besonders große Unterschiede in der Reaktion des Gehirns schwangerer und nicht schwangerer Thiere erzielen lassen.

Knapp (Prag). Zur Lehre von der Urämie.

K. berichtet über experimentelle Untersuchungen an urämischen Thieren, welche sich auf das Verhalten der vikariirenden sekretorischen Thätigkeit des Darmes beziehen. K. glaubt damit den Beweis für die Richtigkeit der Annahme geliefert zu haben, dass bestimmte Stoffe (Thioharnstoff, Ferrocyannatrium, Jodnatrium) durch den Magen-Darmtractus ausgeschieden werden. Besonders bedeutungsvoll erscheint die experimentell festgestellte Thatsache, dass an dieser Funktion der Magen in prävalirender Weise betheiligt ist. So fand K. nach subkutaner oder intravenöser Einverleibung von je 1,1 und 1,5 g JNa, dass im ersten Falle 0,035 in 20 ccm Erbrochenem enthalten waren, während 70 ccm Blut nur 0,028 enthielten, im zweiten Falle, dass 0,14 g J durch Erbrechen ausgeschieden, während im Blute zur selben Zeit nur 0,009 g gefunden wurden. Ein Kontrollversuch am gesunden Thiere erwies diese sekretorische Thätigkeit als eine für die Urämie specifische. Es besteht bei leichterer Erkrankung eine mit dem Fortschreiten der Erkrankung anwachsende Durchlässigkeit des Darmes, welche K. durch vergleichende Versuche feststellte.

Durch weitere Versuche gelangte K. zur Überzeugung, dass Salzwirkung und Urämie nicht ohne Weiteres identificirt werden dürfen. Gegen die Idendificirung sprechen nicht nur die Resultate der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes bei urämischen und mit Salzinfusionen behandelten Thieren (bei letzteren werden erheblich höhere Werthe gefunden), sondern auch die Thatsache, dass bei urämischen Thieren eine Blutverdünnung — nach Münzer ein Wesentliches der Salzwirkung — im Allgemeinen nicht nachweisbar war. K.'s Schlussfolgerungen sind: Urämie und Salzwirkung haben in dem mehrfach angenommenen Sinne mit einander nichts zu thun. Dagegen ist die Betheiligung des Magen-Darmtractus an der Ausscheidung des urämischen Giftes sicher gestellt. Für die Therapie ist daraus zu folgern, dass, so lange wir nicht in der Lage sind, die Toxine innerhalb des Magen-Darmtractus selbst unschädlich zu machen, neben den bereits gebräuchlichen

hohen Darminfusionen wiederholte Magenausspülungen mit reichlichen Flüssigkeitsmengen (in Narkose) zu versuchen sind.

Schroeder (Bonn). Über Blutdruck und Gefrierpunktsbestimmungen bei Eklampsie.

Bei normalen Schwangeren erfährt der Blutdruck eine von gelegentlichen Remissionen unterbrochene anhaltende Steigerung und erhält in der Austreibungsperiode den höchsten Werth. Nach der Geburt erfolgt im Wochenbette, nach nochmaliger vorübergehender Steigerung vom 5.—8. Tage, der Abfall zur Norm. Bei chronischer Nephritis ist der Verlauf der Kurve der gleiche, die Werthe sind erheblich höhere. Bei Eklampsie ist der Blutdruck nicht erhöht, mitunter sogar erniedrigt. Das Sistiren der Anfälle ist ohne Einfluss auf die Höhe des Blutdruckes.

Der Gefrierpunkt des Harnes gesunder Schwangerer ist erniedrigt und sinkt mitunter bis unter den Gefrierpunkt des Blutes.

Bei chronischer interstitieller Nephritis in der Gravidität ist die molekuläre Koncentration des Urins sehr gering.

Bestimmte Beziehungen zwischen der Höhe des Blutdruckes und dem Gefrierpunkte des Blutes bestehen nicht.

Bei zwei Blutproben Eklamptischer lag der Gefrierpunkt bei — 0,605 und — 0,655. Die Koncentration war also pathologisch hoch. Die molekuläre Koncentration des Urines Eklamptischer liegt weit unter den normalen Werthen. Mit dem Aufhören der Anfälle steigt der osmotische Druck des Harnes. Die Blutdruckbestimmungen bei Eklamptischen haben danach keinen, die Gefrierpunktsbestimmungen dagegen großen praktischen Werth, und zwar für die Beurtheilung der Frage, ob der Nierenstoffwechsel bei einer Schwangeren intakt ist oder nicht. Die bisher allein geübte Eiweißprobe giebt darüber keinen zuverlässigen Aufschluss. Denn trotz fehlenden Eiweißes kann eine Insufficienz der Niere in Bezug auf die Ausscheidung eines genügend koncentrirten Urins bestehen. Ob man in der Gefrierpunktsbestimmung ein Mittel hat, um für Eklampsie disponirte Frauen durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt vor dem Ausbruche der Eklampsie zu bewahren, müssen weitere Untersuchungen klar stellen.

Glockner (Leipzig). Über Beziehungen zwischen der puerperalen Eklampsie und der Epilepsie.

Bei den mannigfachen Ähnlichkeiten im klinischen Bilde der puerperalen Eklampsie und der Epilepsie, besonders dem hervorstechendsten Merkmale beider Krankheiten, dem eklamptischen resp. epileptischen Insulte, sollte man meinen, dass eine strenge Scheidung beider Krankheiten schwierig und in vielen Fällen unmöglich sei. Trotzdem gilt im Allgemeinen die Differentialdiagnose zwischen Eklampsie und Epilepsie für leicht — wenigstens bei den Geburtshelfern. Es mag dies seinen Grund zum Theil darin finden, dass die Eklampsie eine rasch auftretende und, bei dem nicht letal endigenden Fällen, auch schnell wieder schwindende Krankheit darstellt, welche zudem an eine ganz bestimmte Lebenszeit gebunden ist, während die Epilepsie in jedem Alter auftreten kann und einen exquisit chronischen Charakter zeigt. Von den Psychiatern wird vielfach die Scheidung beider Krankheiten weniger scharf durchgeführt, und Manche, an ihrer Spitze Féré, gehen so weit, die Gleichartigkeit der Epilepsie und Eklampsie zu behaupten. Sie stützen sich hierbei auf Beobachtungen, bei welchen einerseits an Epilepsie Leidende an echter Eklampsie erkrankten, andererseits Frauen, welche kurz zuvor Eklampsie durchgemacht hatten, epileptisch wurden. Auch die statistisch erhobene Thatsache, dass sowohl Epilepsie wie Eklampsie häufig bei Individuen mit neuropathischer Veranlagung auftritt, ließe sich in diesem Sinne verwerthen.

In der Leipziger Frauenklinik wurden in den letzten Jahren 5 Fälle, zum Theil von dem Vortr. persönlich, beobachtet, in welchen eine gewisser Zusammenhang zwischen Epilepsie und Eklampsie obzuwalten schien.

Bei 3 Frauen, welche früher bereits an Epilepsie gelitten hatten, trat unzweifelhafte Eklampsie während der Geburt auf.

Bei 2 Frauen (eine Ipara, eine IIpara, welche bereits bei der ersten Geburt in der Klinik Eklampsie durchgemacht hatte) traten in der Schwangerschaft resp. dem Puerperium echte Eklampsie, im Spätwochenbette (nach 4 Wochen resp. $4^1/_2$ Monaten) Epilepsie auf, welche heute noch besteht.

Wie sind diese Beobachtungen zu deuten? Bei der ersten Gruppe ist ein zufälliges Zusammentreffen nicht ohne Weiteres in Abrede zu stellen und müssen erst systematische Untersuchungen, mit welchen Vortr. zur Zeit beschäftigt ist, an einem großen Materiale feststellen, ob eine derartige Kombination häufiger vorkommt. Für die 2. Gruppe sind 2 Deutungen möglich:

1) Die Eklampsie präparirt den Boden für die Epilepsie, wie dies von den Psychiatern für die Kinderepilepsie angenommen wird. Hier wäre noch zu erwähnen, dass Kapillarembolien mit ihren Folgen, wie sie ja bei Eklampsie häufig sind, von Jackson für die nach ihm benannte Form der Epilepsie ätiologisch in Anspruch genommen werden.

2) Die gleiche toxische Schädlichkeit, welche die Eklampsie hervorrief, hat beim längeren Fortbestehen die Epilepsie zur Folge.

Ferner hat G. zwei Fälle beobachtet, bei welchen es klinisch zweifelhaft sein konnte, ob es sich um Vergiftung oder Eklampsie handele.

Die eine Frau kam tief komatös, mit intensivem Ikterus in die Klinik, woselbst sie nach wenigen Stunden unentbunden starb. Ein eklamptischer Anfall war in der Klinik nicht beobachtet worden; die Nachbarn hatten das Mädchen bewusstlos aufgefunden und dasselbe in die Klinik gebracht, ohne nähere Angaben machen zu können. Vermuthungsweise wurde die Diagnose auf Phosphorvergiftung gestellt. Die Sektion (Geh.-Rath Marchand) ergab Eklampsie.

Ein anderes Mädchen wurde zusammen mit 3 anderen Arbeiterinnen aus einer Gummiwaarenfabrik wegen Schwefelkohlenstoffvergiftung in das städtische Krankenhaus gebracht, wo die Eklampsie ausbrach. Sie starb gleichfalls unentbunden nach kurzem Aufenthalte in der Klinik. Die Sektion ergab nur die für Eklampsie charakteristischen Veränderungen.

P. Strassmann (Berlin). Die Theilungsstelle der Aorta und ihre Beziehungen zur Eklampsie.

Die für eine toxische Erklärung der Eklampsie geltend gemachten klinischen Beobachtungen geben keine Antwort auf die Frage, warum und wann die Zurückhaltung der toxischen Substanzen beginnt. Die Häufigkeit der Erstgebärenden, der Zwillingsgeburten, das Zusammentreffen mit allgemein verengten Becken, die in ca. $^1/_5$ der Fälle beobachtete Ureterdilatation, das häufige Aufhören der Anfälle nach dem Tode der Frucht und mit der Entbindung lassen auch eine mechanische Disposition zur Eklampsie vermuthen.

S. prüfte die von Kundrat ausgesprochene, von Herzfeld übernommene Theorie, dass bei ungewöhnlich höherem oder tieferem Sitze der Aortenbifurkation in die Iliacae der Ureter aus seiner geschützten Lage »in der Beckenbucht« herausgedrängt wurde und nun der Druck des Schädels bei Erstgebärenden eine längere Kompression des Ureters ausübte; dadurch wurde der Symptomkomplex der Eklampsie gewissermaßen also eine anatomische Grundlage erhalten.

Normal theilt sich die Aorta auf dem 4. Lendenwirbel, bezw. auf der Synchondrose zwischen dem 4. und 5. Die Varietät einer höheren Theilung kommt 1 auf 2, einer tieferen 1 auf 9 vor (Rauber). Die Topographie des Ureters wird an der Tafel demonstrirt. Gegen die Theorie lässt sich einwenden, dass auf Steißlagen die Eklampsie nichts Seltenes ist (Löhlein), dass Mehrgebärende daran betheiligt sind etc. S. hat zunächst an Leichen des Berliner anatomischen und des pathologischen Institutes die normale Theilungsstelle der Aorta einer größeren Serie bestimmt. Ferner hat er an Gebärenden nach der Ausstoßung des Kindestheiles mit, theils ohne Narkose vor oder nach der Geburt der Placenta die Theilungshöhe der Aorta durch die Bauchdecken hindurch bestimmt. Bei dieser äußeren Betastung muss man vom Promontorium aus beginnen und die Wirbel nach oben

zählen. Die Feststellung kann meistens sehr exakt gemacht werden. Näheres in der ausführlichen Arbeit. In 88 Fällen fand sich 74mal normale, 8mal tiefe, 6mal hohe Theilung. Bei diesen beiden letzten Gruppen brach nicht einmal Eklampsie aus oder war Eklampsie anamnestisch bei der ersten Geburt ausgebrochen. Die höchste beobachtete Theilungsstelle war auf der Synchondrose zwischen dem 3. vorletztem und dem 4. vorletzten Lendenwirbel bei Uterus bicornis. Es wurden Fälle von alten Erstgebärenden und Zwillingen bei hoher und tiefer Theilung ohne Eklampsie beobachtet. Bei Eklampsie fand S. bei der Palpation 6mal hohe, 10mal normale, 2mal tiefe Theilung, also ein gewisses Überwiegen der hohen Theilung, 2mal war die Stelle nicht bestimmbar. Die Richtigkeit der Betastung konnte 2mal durch Sektion bestätigt werden. 4mal war unter den Eklampsien allgemein verengtes Becken (1 hohe, 3 normale Theilungen), 6mal unter den nicht Eklamptischen dieselbe Beckenanomalie, nur mit normaler Theilung. 1 hatte Cerebrospinalmeningitis, 2 chronische Nephritis; die übrigen 5 zeigten normale Theilungshöhe. Ferner wurde bei 8 Sektionen Eklamptischer die Theilungsstelle der Aorta bestimmt. In 2 Fällen war der rechte Ureter dilatirt, die Theilungsstelle aber gerade hier in normaler Höhe. S. kann daher nach seinen anatomischen und klinischen Befunden keinen sicheren Zusammenhang zwischen Aortenvarietät und Eklampsie nachweisen. Dennoch spricht Manches für mechanische Momente, die die erste Veranlassung zur Überladung des mütterlichen Körpers mit durch den fötalen Stoffwechsel vermehrten Exkretionsprodukten abgeben. Möglicherweise sind dieselben in der Beschaffenheit des unteren Uterusabschnittes, der Beckenräumlichkeit und dem theilweise davon abhängigen Ureterverlaufe begründet.

J. Veit. Diskussion über Eklampsie.

Sie begreifen, dass ich mit großer Genugthuung die verschiedenen Arbeiten über die molekuläre Zusammensetzung des Blutes bei Schwangeren und bei Eklamptischen verfolgt habe; ich halte die Methoden, durch die wir aus dem physikalischen Verhalten des Blutes Rückschlüsse auf seine chemische Zusammensetzung machen, für sehr werthvoll, vor Allem für unsere Kenntnis von der Physiologie der Schwangerschaft; so lange wir aber über die normalen Verhältnisse nicht völlig sicher orientirt sind, scheinen mir diese Untersuchungen für die Pathogenese der Eklampsie noch nicht allzu viel Bedeutung zu besitzen, und ich lehne es daher ab, hier näher auf die Frage einzugehen, nur möchte ich betonen, dass ich nach dem Erscheinen der Arbeit von Krönig und Füth den Gefrierpunkt des Blutes von Mutter und Kind noch einmal in mehreren Fällen bestimmt habe, jedoch wieder zu demselben Ergebnis wie in meiner ersten Arbeit kam. Worauf die allerdings geringe Differenz zwischen der Arbeit der genannten Herren und der meinigen beruht, vermag ich noch nicht zu entscheiden; der Grund, den Herr Krönig anführt, dass ich immer nur eine einzige Bestimmung machte, trifft nicht zu: regelmäßig machte ich mindestens zwei, meist drei Einzelbestimmungen; allerdings arbeitete ich stets unmittelbar post partum. Die spätere Zeit wird lehren, worauf die Unterschiede beruhen.

Doch nun zur Eklampsiefrage: Der Herr Referent kommt zu dem Schlusse, dass bei der Eklampsie eine Vergiftung des mütterlichen Organismus besteht mit Stoffen, welche vom Fötus herstammen; er giebt jedoch über das Gift noch nichts Näheres an. Ich möchte mir erlauben, Ihnen die vorläufigen Ergebnisse vorzuführen, welche sich mir bei Anwendung einer neueren Untersuchungsmethode ergaben; die Methode halte ich für sehr wichtig, und ich würde mich sehr freuen, wenn möglichst Viele von Ihnen sich an diesen etwas zeitraubenden Versuchen betheiligten. Sie wissen, dass Schmorl zuerst bei Eklampsie den Eintritt von Syncytium in die mütterlichen Blutbahnen nachwies; er hält jedoch das ausschließliche Vorkommen dieses Vorganges, den er Embolie nannte, nicht mehr aufrecht, ist vielmehr jetzt mit mir der Meinung, dass es sich um einen Vorgang handelt, der auch in der Norm vorkommt, allerdings wohl in wechselndem Grade; Sie wissen, dass ich in diesem Sinne von Deportation von Zottentheilen spreche.

Sie wissen ferner, dass ich diese Verschleppung von Parenchymzellen nicht für gleichgültig ansehe. Das Studium der physiologischen Konsequenzen dieses

Vorganges führte mich zu Herrn Geh.-Rath Ehrlich; mit der größten Liebenswürdigkeit zeigte er mir in seinem Institute die Methoden, nach denen er im Verein mit Herrn Morgenroth die wichtigen Untersuchungen über die Hämolysine angestellt hat; beiden Herren bezeuge ich auch hier meinen aufrichtigen Dank für ihren Unterricht in ihren Methoden, ihr Entgegenkommen und ihren werthvollen Rath.

Der Eintritt von bestimmten Zellen in den Blutkreislauf bewirkt, wie Sie aus den Arbeiten der genannten Forscher wissen, die Bildung von Giften, welche für diese Zellart schädigend wirken, und Sie wissen, dass man diese Schädigung auch im Reagensglase durch die Lösung der betreffenden Zellen erkennen kann. Auf Grund meiner Besprechungen mit Ehrlich prüfte ich zuerst das Verhalten des mütterlichen Serums auf das kindliche Blut und des kindlichen Serums auf das mütterliche Blut, was Halban schon begonnen hatte. Die hämolytische Wirkung dieser Sera auf die andere Blutart ist, wie Herr Szili aus Budapest in meiner Klinik fand, recht gering.

Demnächst spritzte ich auf Rath von Ehrlich einer Gans eine Aufschwemmung der peripheren Zellen einer Kaninchenplacenta in die Bauchhöhle; nach mehrfacher Wiederholung dieser Behandlung — die Versuche machte zum Theil mein Assistent Herr R. Scholtin — ergab sich, dass das Serum dieser Gans natürlich eine Aufschwemmung der peripheren Zellen einer Kaninchenplacenta auflöste, aber das Gansserum löste nun auch das Kaninchenblut auf. Das Syncytiolysin wirkte auch hämolytisch.

Bestätigen unsere weiteren Versuche dies Ergebnis und gelingt es, einige Bedenken auf experimentellem Wege definitiv zu entkräften, so eröffnet sich uns eine glückliche Aussicht; wir können hoffen, der Erkennung des Eklampsiegiftes einen kleinen Schritt näher gekommen zu sein. Unter dem Einflusse des Eintrittes der Placentarzellen bildet sich im mütterlichen Blute ein Gift.

Die Übertragung dieses Resultates auf die Eklampsie liegt nahe; normalerweise treten nur wenig Zellen langsam ein; erfolgt dies plötzlich und in größerer Menge, so bildet sich eine größere Menge des Giftes. Als eine Bestätigung dieser Ansicht sehe ich es an, dass Herr Schmorl mir so eben vor der Sitzung noch mittheilte, dass bei Eklampsie die Schwangerschaftsveränderungen, z. B. das Osteophyt, ganz besonders intensiv seien; Sie wissen, dass ich geneigt bin, auch die typischen Schwangerschaftsveränderungen mit der Deportation von Zottentheilen in Verbindung zu bringen.

Natürlich werden wir wieder zu der Frage gebracht, warum bei Eklampsie so besonders viel Zellen übertreten; dass ist anatomisch zu lösen. Es ist möglich, dass bestimmte Anlage des Uterus, bestimmte Veränderungen seiner Wand die Ursache sind; ist man erst einmal darüber sich klar, dass für viele oder alle Fälle von Eklampsie die Zottenperipherie eine große Rolle spielt, so wird man durch die anatomische Untersuchung des Uterus bald mehr über die Ätiologie erfahren.

Dass das Ergebnis der anatomischen Untersuchungen von Schmorl hiermit in Einklang steht, ist selbstverständlich; ich sehe in den Veränderungen, die er fand, nicht die Ursache der Eklampsie, sondern nur die typischen Folgen der Intoxikation.

Die Fälle von Eklampsie ohne Konvulsionen würden sich auch unschwer deuten lassen, sie stehen in innigem Zusammenhange mit denjenigen Fällen, in denen wir eine ernste Verschlimmerung des Allgemeinbefindens unter dem Einflusse der Eklampsie sehen; auch hier kann das Mittelglied in einzelnen Fällen der Eintritt der Placentarzellen in das Blut sein.

Vor Allem aber eröffnet die Annahme einer Syncytiolysie die Hoffnung auf ein Antitoxin und damit auf eine bessere Therapie als bisher.

Ich habe in Leiden unter 11000 Geburten nur 14 autochthone Fälle von Eklampsie gesehen, also 1:785 Fälle, von den 14 Fällen starb nur eine Frau, also 7% Mortalität. Hier vereinigt sich also relativ seltenes Vorkommen mit relativer Gutartigkeit. Von 5 weiteren Fällen, die theils von außerhalb in die Klinik geschafft wurden, oder die ich in konsultativer Praxis sah, starben 2.

Es ist daher erklärlich, dass ich im Allgemeinen mich nicht mit einer übertrieben aktiven Methode einverstanden erklären kann. Die Blasensprengung zur Entleerung des Uterus und zur Beschleunigung der Geburt habe ich schon in dem Handbuche von P. Müller warm empfohlen; für ausnahmsweise Fälle kann ich nur mittheilen, dass man zum Kaiserschnitt gezwungen ist, im Allgemeinen habe ich aber auf Grund meiner Beobachtungen den Eindruck, dass in der frühzeitigen Morphiuminjektion nach G. v. Veit ein gutes Mittel uns gegeben ist, das aber natürlich ausnahmsweise auch nicht im Stande ist zu heilen. Den extrem operativen Standpunkt, der bei jeder Eklampsie das Accouchement forcé machen will, vermag ich nicht zu theilen. Die Mortalitätsziffer derjenigen, die sehr aktiv vorgehen, so wie derjenigen, die in gemäßigtem Sinne die Geburt wenn möglich beschleunigen, ist annähernd die gleiche, die Ziffern haben sich gebessert durch die Antiseptik, deren strenge Durchführung auch hier segensreich war.

W. Nagel (Berlin). Unter den 289 von den vom 1. April 1892 bis Ende 1900 beobachteten Eklampsien der Kgl. Charité fehlten Erscheinungen von Seiten der Niere in keinem Falle. Bei den zur Sektion gekommenen Fällen wurden stets theilweise schwere pathologische Veränderungen der Niere nachgewiesen; in fast der Hälfte der secirten Fälle fehlten die bekannten Veränderungen der Leber.

Einmal wurde bei der Sektion einer Viertgebärenden, die alle Erscheinungen der Eklampsie dargeboten hatte, mit Albumen (6‰) und Cylindern im Urin, neben Nephritis parenchymatosa eine Cerebrospinalmeningitis (im Eiter wurde der Diplococcus lanceolatus mikroskopisch nachgewiesen) ermittelt. Wie Fehling in seinem Referate sagt, beruht das gruppenweise Auftreten der Eklampsie nicht auf Infektion, wie Stroganoff will; aber auch nicht auf Zufall, sondern steht, in vielen Fällen wenigstens, höchstwahrscheinlich mit der Witterung in Verbindung. Für diese schon lange bestehende Annahme von dem Einflusse der Witterung, welche Wyder in seinem Referate aufs Neue vertritt, sprechen viele gruppenweise Anhäufungen unserer Eklampsie, wie ein Vergleich mit den metereologischen Wetterberichten zeigt.

In der Therapie wird der Kaiserschnitt nur als berechtigt anerkannt, wenn der Zustand der Mutter gefahrdrohend wird, das Kind noch lebt und kein anderes Entbindungsverfahren augenblicklich möglich ist.

Bei drei nach dem Tode ausgeführten Kaiserschnitten wurde das Kind einmal gerettet.

Ein treffliches, für die Mutter unschädliches Mittel, die Geburt einzuleiten bezw. zu beschleunigen, ist der Uterusballon von Champetier-de Ribes; derselbe ist 43mal bei Eklampsie angewendet worden.

Der Bedeutung einer Steigerung der Urinsekretion für die Verhütung des eklamptischen Anfalles Rechnung tragend, verdienen die Kochsalzinfusionen, unter Zusatz von Natr. acetic. (Jardine) eine ausgedehntere Anwendung. In einem nach dieser Richtung hin bemerkenswerthen Falle trat während der Geburt statt der bis dahin bestehenden stark verminderten Urinausscheidung eine wirkliche Polyurie ein, die trotz lebenden Kindes das Aufhören der eklamptischen Anfälle bewirkte, obwohl die Geburt noch 24 Stunden dauerte.

Albert (Dresden) weist auf die Unzulänglichkeit der Erklärung der Eklampsie als einer Intoxikation durch den Fötus hin. Er glaubt, dass die Eklampsie eine Intoxikation darstellt, welche durch Stoffwechselprodukte von Mikroben der Decidua verursacht ist. Die Eklampsie beruht also auf einer latenten Mikrobenendometritis der Schwangeren. Bakteriologische Untersuchungen dürfen nur an Kaiserschnittplacenten gemacht werden. In 6 Fällen hat er 2mal positive, 1mal zweifelhafte Befunde erhoben. Die gefundenen Bakterien waren von einander verschieden. Einen einheitlichen Eklampsieerreger scheint es demnach nicht zu geben.

Czempin (Berlin). Der ganze Bau der Placenta, die Art der Miterkrankung derselben bei Krankheiten der Mutter (Syphilis, Nephritis) weisen darauf hin, dass die Placenta noch andere Aufgaben hat, als der Ernährung des Fötus zu dienen. Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass ein Theil der zum Aufbau und zur Er-

haltung des Fötus nöthigen chemischen Stoffe in der Placenta durch eigene Organthätigkeit derselben so verändert werden, dass sie für den Fötus brauchbar sind, stellt C. die Theorie auf, dass auch bei der Ausscheidung dieser Stoffe aus dem Fötus die Placenta eine aktive Rolle spielt. Nur ein geringer Theil der Stoffwechselprodukte wird durch den Darm und die Nieren ausgeschieden. Es ist die Aufgabe der Placenta, aktiv die Endprodukte des Stoffwechsels an ihre Zellen zu binden, sie chemisch zu verändern und sie dann dem mütterlichen Organismus in wesentlich ungiftigerer Form zu übermitteln. C. hat ähnliche Untersuchungen wie Schuhmacher angestellt, mit negativem Resultate. Eine Stütze seiner Ansicht von der aktiven Thätigkeit der Placenta erblickt er in dem zunehmenden Stickstoffgehalte reifender Placenten. Der Stickstoffgehalt der Trockensubstanz betrug bei einer 2monatlichen Placenta 6,34%, bei einer 6monatlichen 12,3%, bei einer reifen 14,24%.

Schatz (Rostock). Es giebt Eklampsien, wo die Anfälle gruppenweise auftreten. Dadurch können wir zu einer Überschätzung unserer therapeutischen Leistungen kommen, indem wir das Ausbleiben weiterer Anfälle der Therapie zuschreiben, wenn dieselbe zufällig am Ende einer Anfallsgruppe einsetzte.

Eine nervöse Disposition für Eklampsie lässt sich nicht leugnen. Auch die Neurologen nehmen an, dass ein und dasselbe Nervengift, in der gleichen Menge angewandt, bei verschiedenen Menschen eine verschieden starke Giftwirkung äußert. Eben so verhält es sich mit dem Gifte der Eklampsie. Bei den nervös Belasteten ist die Prognose besser zu stellen, wenn sie von Eklampsie wirklich befallen werden. Die Wirkung des Aderlasses sieht S. in der durch ihn bewirkten Herabsetzung des Blutdruckes, nicht in der Verminderung des im Blute kreisenden Giftes. Reize, die den Uterus treffen, können Krämpfe auslösen. Bei einer der Sectio unterworfenen Eklamptischen hörten die nach der Entbindung fortbestehenden Krampfanfälle nach Entfernung eines im Corpus liegenden Tampons auf. Desshalb warnt S. vor dem Gebrauche des Kolpeurynters. Eine ätiologische Bedeutung kommt auch den Erkältungen zu.

Olshausen (Berlin) hat als Ursache der Eklampsie stets die Autointoxikation betrachtet; auch in der Zeit, wo die Traube-Rosenstein'sche Theorie Geltung hatte. An die Hypothese, dass das Gift vom Fötus herstamme, hat er früher nicht geglaubt, durch die diesmaligen Verhandlungen hat sie für ihn große Wahrscheinlichkeit gewonnen.

Das Hirnödem ist häufig, aber nicht konstant; gerade in dem schwersten von ihm beobachteten Falle, mit 104 Anfällen, fehlte jede Spur von Hirnödem. Bei Mehrgebärenden wird stets, bei Erstgebärenden meist die Blase gesprengt.

In der Morphiumtherapie ist mehr Zurückhaltung mit wiederholten großen Gaben geboten. Ausgedehnter Gebrauch ist vom Aderlass zu machen. Im Gegensatze zu Schatz erklärt er seine Wirksamkeit durch Verminderung der Toxicität des Blutes. Salzwasserinfusionen sind zu empfehlen.

Die Mortalität an O.'s Klinik beträgt in den letzten Jahren 17%. Sie ist gegen früher etwas gestiegen. Die Eklampsie scheint ihm überhaupt häufiger, der Verlauf schwerer geworden zu sein. Ein Maßstab für die Schwere des einzelnen Krankheitsfalles ist die Häufigkeit der Anfälle. Die Durchschnittszahl der Anfälle ist 9,5. Der Kaiserschnitt ist in schweren Fällen, wenn die Geburt nicht fortschreitet, geboten und nicht gefährlicher wie die Dührssen'schen Incisionen. Bei 3 Kaiserschnitten hatte er 2 gute Ausgänge.

Döderlein (Tübingen). Geographische Eigenthümlichkeiten und Lebensbedingungen der Bevölkerung müssen ätiologische Bedeutung haben. So ist Württemberg relativ immun gegen Eklampsie. In Württemberg kommt auf 3560 Geburten eine Eklampsie, dagegen in England auf 750 eine, in Russland schon schon auf 156. Autochthone Eklampsien, d. h. in der Klinik zum Ausbruch gekommene, hat D. eine auf 1350, gegenüber der von Löhlein gegebenen Durchschnittszahl von 278.

Halban (Wien) machte Gefrierpunktsbestimmungen des Blutes der Nabelgefäße, konnte aber Differenzen im Gefrierpunkte des arteriellen und venösen

Blutes nicht feststellen. Negativ war das Resultat auch bei Versuchen mit dem Blute der Nierenarterie und Nierenvene. Mütterliches und kindliches Blut wirken gegenseitig agglutinirend auf einander ein.

Küstner (Breslau) hat den Kaiserschnitt bei Eklampsie 6mal gemacht, trotzdem erlagen alle Mütter der Eklampsie, 2 Kinder blieben am Leben.

P. Müller (Bern). Allein Eiweißgehalt des Urins rechtfertigt die Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht; erst wenn Störungen von Seiten der Sinnesorgane dazu kommen, ist sie indicirt. Den Kaiserschnitt lässt M. für die schwersten Fälle gelten, wo das mütterliche Leben sonst doch verloren scheint, dagegen spricht er sich gegen die Metreuryse aus, an deren Stelle er multiple Incisionen empfiehlt. Auf die prophylaktische Behandlung ist besonderer Werth zu legen.

Gessner (Erlangen). Für die Behandlung der Eklampsie kann man nicht allgemein gültige Regeln aufstellen, da die einzelnen Fälle einen sehr verschiedenen Verlauf haben. In manchen ist die Erkrankung mit mehreren Anfällen völlig überwunden, bei anderen können nach einem einzigen Anfalle die Krämpfe aufhören und doch der Tod eintreten. Es giebt Fälle, wo jede Behandlung fruchtlos ist, und wo im Besonderen auch die künstliche oder natürliche Beendigung der Geburt ohne jeden Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung bleibt. G. ist es fraglich, ob der allgemein angenommene günstige Einfluss der Entbindung auf den Verlauf der Eklampsie wirklich zu Recht besteht. Eine frühere Statistik von Brummerstaedt spricht auch nicht dafür. Es giebt recht zahlreiche Eklampsien, bei denen die Anfälle mehrere Stunden vor Beendigung der Geburt aufgehört haben. In den Statistiken werden diese immer den Fällen zugerechnet, bei denen die Eklampsie mit der Geburt erloschen ist.

Fritsch (Bonn). Wie Herr Müller habe auch ich mich gewundert, dass so wenig von der Prophylaxe die Rede ist. Man kann hier drei Gruppen unterscheiden. Erstens die Fälle, wo bei der vorhergehenden Geburt Eklampsie dagewesen ist. Dies ist recht häufig, namentlich wenn eine Schwangere bald wieder schwanger wird. Einige Male konstatirte ich, dass vor vielen Jahren Scharlach-Nephritis dagewesen war. Ich nahm eine Art Niereninsufficienz an, da außerhalb der Schwangerschaft die Frau stets gesund war. In diesen Fällen legt man die Pat. vom 8. Monate an ins Bett, braucht Milchkur und tägliche lange warme Bäder. Ich sah einen Fall, wo bei 2 Geburten Eklampsie bestand und bei der dritten die Behandlung allerdings nicht Albuminurie und heftige Kopfschmerzen, aber doch den Ausbruch der Eklampsie verhütete.

Die 2. Gruppe sind die, bei denen als einziges Symptom Albuminurie vorhanden ist. Wenn in Kliniken der Urin untersucht und Eiweiß gefunden wird, so ist absolute Bettruhe etc. geboten.

Die 3. Gruppe sind die Fälle, bei denen leichte Ödeme und urämische Symptome, Magenverstimmung, Kopfschmerzen, Präkordialangst eintreten. Hier wird man mit Abführmitteln, Koffeïn, Bädern, Schwitzen gewiss manchmal die Eklampsie verhüten.

Wo der eklamptische Anfall vorhanden ist, steht die Therapie fest: schleunigste, schonende Entbindung. Das lehren alle Lehrbücher und Lehrer des 19. Jahrhunderts. Neu ist diese Forderung nicht.

Kollegen Gessner möchte ich erwidern, dass ich an eine Aura nicht nur glaube, sondern dass ich sie oft sah, wenn ich stundenlang am Krankenbette gegenüber dem Gesichte der Eklamptischen saß. Man beobachtet Unruhe, Bewegen eines Armes, leichte Zuckungen im Gesichte etc. Chloroformirt man, so kann man den Anfall unterdrücken. Aber dass man schon manche Eklamptische mit Chloroform und Morphium umgebracht hat, bezweifle ich nicht. Sobald die Pupille eng ist, muss man jedenfalls das Morphin sistiren. Für die Prognose, die ganz unmöglich sicher zu stellen ist, erscheint mir noch der Puls das Wichtigste. Wird er klein und schnell, so ist die Prognose schlecht.

R. Biermer (Wiesbaden) berichtet über 4 Fälle von Eklampsien. 1) Perforation des todten Kindes. 2) Sectio caesarea bei geschlossenem Muttermunde.

3) Spontane Entbindung im 7. Schwangerschaftsmonate. 4) Blasensprengung. Alle 4 Fälle verliefen tödlich, in keinem sistirten die Anfälle nach Entleerung des Uterus. Einmal fand sich hochgradige Ureterendilatation. Trotz seiner ungünstigen Resultate spricht sich B. für operative Beendigung der Geburt aus, bei gänzlich unvorbereiteten Geburtswegen durch Kaiserschnitt, sonst nach voraufgeschickter Metreuryse per vias naturales.

L. Meyer (Kopenhagen) spricht sich für häufige Anwendung des unelastischen Kolpeurynters aus. In Narkose kann innerhalb 10 Minuten durch Zug an demselben der Muttermund völlig erweitert werden. Das Verfahren ist leicht und schonend.

Everke (Bochum) berichtet über 52 schwerste, durchweg erst nach mehreren Anfällen in klinische Behandlung gekommene Fälle. 8mal war die Entbindung ohne Voroperation per vias naturales möglich. Darunter ein Todesfall. 37 wurden nach Dührssen'schen Incisionen per vias naturales entbunden. 3 davon starben an Sepsis. Mortalität 2%. Von 7 mit Sectio caesarea Behandelten starben 5. 3 Kinder wurden am Leben erhalten.

Schatz (Rostock) glaubt auch an die Leistungsfähigkeit der prophylaktischen Behandlung. Bei einer Frau, die, als zur Eklampsie prädisponirt, prophylaktisch behandet wurde, kam die Eklampsie zum Ausbruche, als sie sich der prophylaktischen Behandlung entzog.

Löhlein (Gießen). Die Eklampsie ist eine Intoxikationskrankheit. Dass das Gift immer vom Fötus herstammt, ist unwahrscheinlich. Die Eklampsien im Wochenbette sprechen dagegen. Die Ureterenkompression ist von ihm immer nur als prädisponirendes Moment angesehen worden. Auch L. hat die künstliche Frühgeburt nie wegen der drohenden Eklampsie eingeleitet, sondern um die Entwicklung einer chronischen Nephritis bei bestehender Nierenaffektion zu verhüten. Er glaubt jetzt, dass sich gar nicht so selten aus einer einfachen Schwangerschaftsniere eine chronische Nephritis entwickelt.

Fehling (Straßburg) (Schlusswort) giebt der Freude darüber Ausdruck, dass die Wahl des Themas Eklampsie eine so große Zahl experimenteller Arbeiten hervorgerufen hat. Allerdings haben sie fast nur negative Ergebnisse gehabt. Besondere Beachtung verdient der von Veit und Halban eingeschlagene Weg. Die Untersuchungen Ehrlich's über Hämatolyse lassen eine Förderung der Eklampsieforschung erhoffen. Sollte sich in der That herausstellen, dass das mütterliche Blut in den Kreislauf eingedrungene Placentarzellen auflöst, so wäre damit ein Fingerzeig für die Entstehung des Fibrinfermentes gegeben. An die Mikrobeninfektion Albert's vermag F. nicht ohne Weiteres zu glauben. Verdächtig ist ihm, dass Albert nicht einen, sondern mehrere Keime gefunden hat. Die Ureterendilatation kann höchstens ein disponirendes, aber kein ätiologisches Moment darstellen, denn zur Zeit, wo die Eklampsie beginnt, steht der Kopf meist noch gar nicht im Becken, und Unterleibstumoren machen häufig Ureterenkompression, aber nie Eklampsie. Chronische Nierenerkrankungen disponiren nicht zur Eklampsie, auch geht die Nephritis gravidarum v. Leyden's sehr selten in chronische Nephritis über. Südlich des Mains ist die Eklampsie relativ seltener wie in Norddeutschland. Sociale Verhältnisse, Wohnung, Ernährung scheinen dabei eine Rolle zu spielen, ähnlich wie bei der Osteomalakie. Die Prophylaxe ist wichtig und kann viel leisten. Bei Nephritis gravidarum ist Bettruhe und Milchdiät geboten. Bei dieser prophylaktischen Behandlung werden nur 5% der an Schwangerschaftsniere Leidenden von Eklampsie befallen. Die künstliche Frühgeburt ist nur dann in solchen Fällen zu machen, wenn trotz der prophylaktischen Maßregeln bedrohliche Erscheinungen eintreten. Schon im Beginne der Eklampsie eine richtige Prognose zu stellen, ist nicht möglich; so lange wir das aber nicht können, ist es Pflicht, möglichst rasch zu entbinden.

Das Morphium ist nicht ganz zu verbannen, aber bei mäßigem Gebrauche mit Vorsicht zu benutzen. Der Anfall ist nicht als Symptom, sondern als direkte

Gefahr zu bekämpfen. Bei guter Beobachtung kann er, wie Fritsch hervorhebt, durch Chloroform koupirt werden. Der Aderlass wirkt entlastend für den kleinen Kreislauf, weil 500—600 ccm des vergifteten Blutes entfernt und das bleibende durch eine nachfolgende Kochsalzinfusion verdünnt wird. Der Kaiserschnitt ist schonender wie die Dührssen'chen Incisionen. Die schlechten Resultate erklären sich daraus, dass er für die schwersten Fälle vorbehalten bleibt. Desshalb darf man auch nicht verlangen, dass die Anfälle sofort nach ausgeführter Sectio aufhören sollen. Es braucht Zeit, bis der Körper im Stande ist, das Gift zu eliminiren.

Wyder (Zürich) fasst wie Fehling die Eklampsie als Intoxikations-, nicht als Infektionskrankheit auf. W. zweifelt auch nicht, dass die Theorie von der Intoxikation durch den Fötus für die meisten Fälle zutreffend, er bestreitet aber, dass sie für alle gültig ist. Dagegen sprechen 1) Fälle, wo die Frucht abstirbt und die Eklampsie trotzdem weiter besteht, 2) wo trotz Eintritt von Eklampsie die Schwangerschaft nicht unterbrochen und am Ende derselben ein reifes Kind geboren wird, 3) wo die Eklampsie erst Stunden oder Tage nach Beendigung der Geburt ausbricht. Danach ist die Eklampsie wahrscheinlich keine einheitliche Krankheit; er möchte von der toxischen eine urämische Form unterscheiden. Eine nervöse Form der Eklampsie erkennt er nicht an. Für besonders wichtig hält er genaue Gehirnuntersuchungen der eklamptisch Verstorbenen und genaueste Sektionen der Eklampsiekinder. Er glaubt, dass speciell an den Gehirnen, die makroskopisch normal schienen, mikroskopische Veränderungen gefunden werden können.

In therapeutischer Hinsicht müssen die Prodrome mehr wie bisher beachtet werden. Ferner sind Versuche mit Inhalationen von Chloroform mit komprimirtem Sauerstoffe zu empfehlen.

Löhlein (Gießen). Es kann kein Zweifel sein, dass die Prognose der Eklampsie besser geworden ist. Seine vor 10 Jahren auf dem Bonner Kongresse vorgetragene Statistik wies 20% Mortalität auf; jetzt schätzt er sie auf 5—10%. Zur Beschleunigung der Geburt ist von der Metreuryse ausgedehnter Gebrauch zu machen.

Demonstrationen und Vorträge.

Nagel (Berlin) demonstrirt den perforirten Schädel eines Kindes. Die Perforation wurde ausgeführt bei einer Conjugata vera von 6 cm, also einem Grade von Beckenverengerung, der gewöhnlich als Indikation zum Kaiserschnitt angesehen wird. I. Schädellage, Nabelschnur vorliegend, pulslos. Wendung; Extraktion. Der Kopf bleibt über dem Beckeneingange stehen. Die Perforation des Hinterhauptes gelang bei starkem Anheben des kindlichen Rumpfes gegen den Leib der Mutter. Dieser alte Handgriff wird von N. angelegentlich empfohlen.

Osterloh (Dresden) legt das Schädeldach eines durch Schädelbruch verstorbenen Neugeborenen vor.

Ein 30jähriges Küchenmädchen, Ende der 2. Gravidität, die bis 12 Uhr Mittags ihre Arbeit in der Küche gethan, geht in den Keller; ohne dass Wehen vorher eingetreten sind, wird das Kind plötzlich geboren und stürzt unter Zerreißung der Nabelschnur die steinerne Kellertreppe herab. Das Mädchen nimmt das Neugeborene in die Schürze und kommt so in die Küche zurück, wo ihre Abwesenheit, die nur wenige Minuten gedauert hat, noch gar nicht aufgefallen war. In die Abtheilung im Stadtkrankenhause noch lebend gebracht, stirbt das Kind nach 10 Stunden. Die von dem Vortr. selbst angestellten Erhebungen, wie auch die seitens der Kriminalpolizei ergaben keinen weiteren Anhalt für ein vorliegendes Verbrechen. Interessant sind die enormen Verletzungen.

Auf der Haut des Halses und auf dem Unterkieferwinkel links größere und kleinere Abschürfungen, zum Theil Kratzwunden ähnelnd. Die weichen Kopf-

bedeckungen erscheinen dick, teigig; auf dem Schnitt, besonders dem linken Scheitel und Hinterhaupte entsprechend, von schwarzrothem Blute durchtränkt; im linken Scheitelbeine verläuft ein Riss von der Mittellinie bis zum Tuber par., dort rechtwinklig umbiegend und dann vor der Kranznaht in der Mitte des linken frontalen Scheitelbeinrandes endend; ein zweiter Riss von unregelmäßiger Gestalt, der hinten an der Lambdanaht ebenfalls in den vorher erwähnten Riss endigt. Hierdurch ist ein größeres quadratisches und ein kleineres längliches Stück vom linken Scheitelbeine völlig getrennt.

Im rechten Scheitelbeine verläuft in seiner Mitte von der medianen Kante bis zum Tuber par. ebenfalls ein Riss. Das Periost ist an diesen Stellen entsprechend blutig durchtränkt; zwischen Dura mater und Innenfläche der Knochen findet sich ein flacher Bluterguss; eben so zwischen Dura mater und weichen Hirnhäuten reichlich schwarzrother, zum Theil geronnener Bluterguss; die weichen Hirnhäute über der Höhe der Großhirnhemisphäre mit schwarzrothem Blute infiltrirt; dem entsprechend die Hirnsubstanz $^1/_2$ cm tief blutig infiltrirt, breiig (aus dem Sektionsbericht des Med.-Rath Dr. Schmorl).

Rissmann (Osnabrück) legt eine Tubenschwangerschaft vor. Uterinwärts vom tubaren Fruchtsacke sitzt subperitoneal eine walnussgroße Cyste, unter derselben theils intramuskulär, theils innerhalb der Schleimhaut ein multilokuläres Gebilde (Salpingitis productiva seu cystica).

Schatz (Rostock) zeigt den Sack einer Tubenschwangerschaft. Innerhalb desselben gegen das Fimbrienende hin laufen zwei Schläuche, die wahrscheinlich als Nebentuben gedeutet werden müssen.

Löhlein (Gießen) eine übertragene Tubenschwangerschaft. Die Trägerin hatte sich während der ganzen Schwangerschaft wohl gefühlt. Das wohlgebildete Kind war erst am Ende der Schwangerschaft abgestorben.

Heinsius (Breslau). Die Einbettung des Eies in der Tube.

H. demonstrirt ein Präparat von Tubargravidität, welches 16 Tage nach einmaligem Ausbleiben der Regel wegen plötzlich erfolgter Ruptur durch sofortige Laparotomie (Operateur: Geh.-Rath Küstner) gewonnen wurde. Interessant ist, dass 1 Jahr später bei derselben Frau auch die anderen Adnexe wegen tubaren Abortes entfernt werden mussten, obwohl dieselben bei der ersten Operation sicher makroskopisch normal gefunden wurden.

Das Präparat ist wegen der eigenthümlichen Lage der Eihöhle bemerkenswerth. Dieselbe liegt außerhalb des Tubenlumens, innerhalb der Muskulatur der Tubenwand. Ringsum wird die Eihöhle von Langhans'schen peripherwärts vordringenden Zellen ausgekleidet. Dieselben bringen das umgebende Gewebe zum Schwinden und usuriren die Gefäßwände. Durch ihr Vordringen nach der Serosa hin wird die Ruptur der Tube vorbereitet.

Das Ei hat sich in die Wand der Tube selbständig eingefressen und stellt gewissermaßen ein physiologisches Syncytium dar. Erklärt wird dieser Vorgang durch das Fehlen einer zusammenhängenden Decidualbildung, wie sie im Uterus zu Stande kommt.

H. ist unabhängig von der kürzlich von Füth über dasselbe Thema erschienenen Arbeit zu diesen Resultaten gekommen und hat zum 1. Male am 15. März 1901 in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur darüber berichtet.

Zwei weitere Präparate von geplatzter Tubargravidität bestätigen diese Anschauung.

Sellheim (Freiburg i/Br.). Über Entwicklungsstörungen.

Nach einem Überblicke über die praktische Bedeutung der Störungen in dem normalen Entwicklungsgange des Weibes für alle Zweige der Medicin wird besonders auf den Zusammenhang mit Tuberkulose, Chlorose, bösartigen Geschwülsten und Embryomen hingewiesen.

Außer den bekannten und anerkannten Anzeichen eines fötalen und infantilen Charakters, die im Einzelnen aufgeführt werden, macht Redner auf neue Entwicklungshemmungen an den äußeren Genitalien und Ovarien aufmerksam.

37mal fand sich unter den in den letzten 8 Jahren an der Hegar'schen Klinik untersuchten Fällen eine Hochlagerung der Eierstöcke, mindestens mit ihren Mittelpunkten bis an die Grenze zwischen großem und kleinem Becken, häufig aber noch höher bis zum Promontorium, ja selbst bis zum letzten Lendenwirbel hinauf.

Mit diesem unvollendeten Descensus ovariorum waren die verschiedensten bekannten Entwicklungsstörungen in reichem Maße kombinirt.

Besonders wird noch hervorgehoben, dass ein auffallend kurzer Damm auch als eine Hemmungsmissbildung aufzufassen ist. Die Ränder der sog. ektodermalen Kloake, die in der Regel durch ihre Vereinigung die Dammbildung zu vollenden pflegen, haben sich nur in ihrem hintersten Theile geschlossen. Mit dieser Bildung ist meist größere Tiefe der Vulva, Tiefstand des Hymens verbunden. Dieses Verhalten erinnert an die ursprüngliche Lage des Sinus urogenitalis, der sich bei normaler Ausbildung der Genitalien zu einer seichten Grube abflachen sollte.

Außer den Schwierigkeiten bei der vaginalen Entfernung hochliegender Adnexe und außer der Möglichkeit einer Verwechslung dieses durch Kürze des Lig. infundibulo-pelvicum bedingten Zustandes mit Adhäsionsprocessen wird noch als praktisch bedeutsam der Zusammenhang mit der angeborenen Retroflexio uteri betont. In über der Hälfte der Fälle fand sich mit dem unvollendeten Descensus der Ovarien Rückwärtslagerung des Uterus verbunden.

Dass trotz Kürze des Lig. infundibulo-pelvicum der Uterus sich doch auch in Anteflexionsstellung begeben kann, wird durch das verschiedene Verhalten der Lig. ovarii propria erklärt: Lange Lig. ovarii propria gestatten dem Uterus, dem Zug der Lig. rotunda nach vorn zu folgen; kurze Lig. ovarii propria halten ihn hinten zurück. Beweise für dieses Verhalten werden aus den Untersuchungsbefunden angeführt.

Zum Schlusse werden diese klinisch gefundenen Thatsachen durch Befunde an Leichen erhärtet. Von 4 über 20 Jahre alten Personen, die an exquisiten Entwicklungsstörungen litten, werden Bilder, Schnitte durch die Becken und Präparate demonstrirt.

Hervorzuheben sind: Fötale Lappung der Nieren, infantiles Becken, kurzer Damm, Tiefstand des Hymens, starke Faltenbildung in der Vagina, fötaler, infantiler Uterus, geschlängelte Tuben, tiefer Douglas, hochliegende, glatte, mit ihrer Längsachse steil gestellte Ovarien, Rückwärtslagerung des Uterus. Die Eierstöcke enthielten keine oder nur ganz wenige in Entwicklung begriffene Follikel.

Diagnostisch interessant war eine Tafel, auf der man den Douglas mit kleinen Tuberkelknötchen besät sah, die man vom Mastdarme hatte tasten können (Hegar).

Als Kuriosum sei noch ein Fall erwähnt, in dem die als Lig. sacro-uterinum zu deutende Falte nicht vom Uterus, sondern von der hinteren Scheidenwand ihren Ursprung nahm.

Sellheim (Freiburg i/Br.). Über den Einfluss der Kastration auf das Wachsthum der Zitzen und Hörner beim Ochsen.

111 Stiere und eben so viele Ochsen gleicher Rasse im Alter von 1½ bis 6 Jahren wurden in den verschiedenen Altersklassen mit einander verglichen. Eine graphische Darstellung und mikroskopische Schnitte durch die Zitzen in verschiedenem Alter lassen ein bedeutenderes Wachsthum der Zitzen bei den kastrirten Thieren erkennen, so dass sie um das 2—3fache größer werden als die Zitzen beim unverschnittenen Thiere.

Die Hörner der Ochsen sind länger als diejenigen der Stiere.

Die Untersuchungen werden ausführlich in einer Dissertation von Bingel publicirt.

Sellheim (Freiburg i/Br.). Physikalische Begründung der Hegar-schen Schwangerschaftszeichen und Demonstration des Modells eines schwangeren Uterus.

Ein im Anfange des 3. Monats schwangerer total exstirpirter Uterus wurde mit seinem oberen Abschnitte in ein Gefäß mit Wasser eingeschlossen. Komprimirte man im unteren Abschnitte des Körpers, so schnellte in einer Steigröhre von 4 mm Durchmesser das Wasser um 90 cm in die Höhe. Um noch einwandsfreier nachzuweisen, dass die Kompressibilität des unteren Uteruskörperabschnittes (Hegar) auf der Elasticität der Uteruswandungen beruht, welche dem inkompressiblen Ei ein Ausweichen nach oben gestatten, wurden Gipsabgüsse des Uterus im Ruhezustande und während der Kompression im unteren Abschnitte des Körpers angefertigt und demonstrirt. Die stärkere Zunahme des oberen Uterusabschnittes während der Kompression ist in allen Dimensionen deutlich ersichtlich.

Wie Abbildungen zeigen, geht die Faltenbildung in der vorderen Uteruskörperwand (II. Hegar'sches Schwangerschaftszeichen) ebenfalls mit einem Ausweichen des inkompressiblen Eies nach hinten oben einher.

Eine in der vorderen Wand gebildete starke Falte entstand durch Faserverschiebung in den peripheren Schichten der stark aufgelockerten Uteruswand.

Demonstration eines Modells, an dem die physikalischen Bedingungen für das Zustandekommen der Hegar'schen Schwangerschaftszeichen vereinigt sind und welches die Demonstration und Einübung der Hegar'schen Schwangerschaftszeichen gestattet.

Sellheim (Freiburg i/Br.). Konfigurable Kindesschädel.

Die Schädelknochen wurden aus den Nähten ausgelöst, mit Seidenschnüren an einander befestigt und durch Gummiballons aufgebläht. Die Köpfe sind dadurch vollständig konfigurabel, gestatten die Nachahmung aller Kopfdeformitäten und Verschiebungen der Kopfknochen. Wie die Demonstration zeigt, lassen sich die Schädel nach dem dem Grade der Verengerung und dem Typus entsprechenden Mechanismus durch das Becken durchpressen.

Sellheim (Freiburg i/Br.). Die Verlagerung der Beckenmuskeln unter der Geburt; Modelle vom Geburtskanal.

Durch Kombination von klinischer Untersuchung, Experiment und anatomischer Präparation wurden naturgetreue Nachbildungen der Verlagerung der Beckenmuskeln unter der Geburt geschaffen.

Klinisch wurde der Grad der Dehnung der Weichtheile am Leichenbecken festgestellt.

Experimentell wurde der Weg, den der Kopf zurücklegt, gefunden dadurch, dass ein Gipsschädel durch ein mit Modellirthon ausgekleidetes Becken nach den Regeln des Geburtsmechanismus hindurch getrieben wurde. Der so gewonnene Geburtskanal wurde abgegipst und in einen Abguss eines Muskelbeckens eingepasst.

So sah man das Verhalten des Geburtskanals zu dem Psoas, Obturator internus und piriformis.

Um die Verlagerung der Muskeln des Beckenbodens zu eruiren, wurde der auf experimentellem Wege gewonnene Geburtskanal in die Weichtheile einer Wöchnerin 8 Stunden post partum eingeschoben. Von den so im höchsten Grade der Dehnung ausgespannten Muskeln wurden nach der Präparation Gipsnachbildungen gefertigt und diese in Holz geschnitzt und bemalt.

Die demonstrirten Modelle sind vervielfältigt und werden zum Unterricht empfohlen.

v. Rosthorn (Graz) demonstrirt einen puerperalen Uterus mit intra partum entstandenem hämorrhagischen Infarkt. Das Präparat stammt von einer 34jährigen IVpara. Die Geburt war ohne Komplikation innerhalb 6 Stunden erfolgt. Eine Untersuchung intra partum hatte erst stattgefunden, als während der Geburt ein Schüttelfrost eingesetzt hatte.

Der Tod erfolgte 36 Stunden post partum unter peritonitischen Erscheinungen. Der Infarkt nimmt fast die ganze vordere Cervicalwand ein und greift nur wenig auf die hintere Muttermundslippe und das Corpus über. Er wird durch einen frischen autochthonen Venenthrombus gebildet. Herz und Arterien waren völlig frei. Die Art der Infektion ist unaufgeklärt.

Schatz (Rostock) berichtet über einen analogen Fall. Die Infektion des Thrombus war in diesem von einer Tonsillitis ausgegangen.

Ahlfeld (Marburg). Demonstration unzweideutiger Resultate über Händedesinfektion mit der Heißwasser-Seifen-Alkoholmethode.

Nachdem die Hand nach den Ahlfeld'schen Vorschriften desinficirt war, wurde über sie ein mit Nährbouillon gefüllter Handschuh gezogen und über denselben ein luftdichter Verband angelegt. Dann wurde die Hand 1—2 Stunden in ein Waschbecken mit warmem Wasser gehalten. Dann wurde die Bouillon dem Handschuh entnommen, außerdem die durch Abschaben der Hand mit Holz gewonnenen Partikel in die Bouillon übertragen. Bei 75 Versuchen sind 60% der Röhrchen steril geblieben.

Um experimentell festzustellen, ob der Alkohol in die Tiefe der Haut eindringt, wurden operativ gewonnene Finger mit gefärbtem Alkohol behandelt. Die Versuche hatten ein positives Ergebnis.

Diskussion. Döderlein (Tübingen). Die Resultate Ahlfeld's stehen in Widerspruch mit den an der Tübinger Klinik gewonnenen.

Leopold (Dresden) demonstrirt eine mit Formalin konservirte aus einem Ovarialcarcinom gewonnene Blastomycetenkultur.

G. Klein (München). Zur Geschichte der Geburtshilfe.

K. zeigt eine Ausstellung von Originalwerken und anatomischen, geburtshilflichen und gynäkologischen Abbildungen. I. Vorvesalische Anatomie. Unter diesen Werken weist die Mehrzahl schlechte und fehlerhafte Abbildungen der Thieranatomie auf, so Magnus Hundt 1501. Etwas besser sind die Werke von Retham (Fasciculus medicinae 1491) und Berengar von Carpi. Die Bilder stehen auch vom künstlerischen Standpunkte auf niederer Stufe, trotz der Blüthe der darstellenden Kunst in jener Zeit. II. Andreas Vesalius und seine Kopisten, von Vesal's Inauguraldissertation (1537) bis zum letzten Ingolstädter Druck seiner Originaltafeln. Seine Bilder sind anatomisch und künstlerisch Meisterwerke, die nur durch die Hunter'sche Anatomia uteri humani gravidi erreicht werden. — III. Nach Vesal sind Casserio und Eustachi durch ihre Hauptwerke vertreten. IV. Hebammenlehrbücher und geburtshilfliche Werke verschiedener Sprachen aus dem 17. und 18. Jahrhundert. V. Eine Ausstellung von 13 Ausgaben des »Rosengartens« von Eustachius Rösslin. Ein von Rose publicirter Kopenhagener Codex, der ein illustrirtes Bruchstück des Moschion'schen Werkes bildet. Dieser wieder ist Übersetzer des Soranus. Weiter 11 Ausgaben des Werkchens De secretis mulierum. K. schließt mit dem Wunsche, dass die Ausstellung zu einer Besserung des Illustrationswesens unserer modernen Lehrbücher führen möge.

Winternitz (Tübingen) demonstrirt eine Anzahl von Gipsmodellen, welche die verschiedenen Kopflagen darstellen, und macht auf die Vortheile derselben für den Unterricht aufmerksam. Die Sammlung soll fortgesetzt werden. Bis jetzt sind angefertigt worden: Beckenendlage, Hinterhauptslage, Gesichtslage, Vorderhauptslage, Stirnlage, asymmetrischer Kopf nach Geburt bei plattem Becken, Anencephalus und Hydrocephalus.

Die Vervielfältigung der Modelle hat das Medicinische Waarenhaus in Berlin übernommen.

Außerdem demonstrirt W. ein von ihm konstruirtes Instrument zum Morcellement bei Myom des Uterus. Dasselbe stellt eine Kombination des Segond'schen Messers und der Doyen'schen schneidenden Röhren dar.

Döderlein (Tübingen) demonstrirt die bei seiner neuen Methoden der vaginalen Totalexstirpation des Uterus gebrauchten Instrumente. Ferner von Paul und Sarwey bei Händedesinfektionsversuchen gewonnene Plattenkulturen.

Frank (Köln) demonstrirt eine Hämatosalpinx mit einem angeborenen Verschlusse am Ostium uterinum. Auch bei der mikroskopischen Untersuchung wurde nichts gefunden, was auf eine früher vorhandene Verbindung zwischen Uterus und Tube hingedeutet hätte. Es muss also periodisch zu einer Blutausscheidung auf der Tubenschleimhaut selbst gekommen sein. Die Tube gehörte zu der linken Hälfte eines Uterus didelphys; die Scheide fehlte völlig.

Franz (Halle) demonstrirt

1) das Präparat einer Ovarialschwangerschaft vom 2. Monat. Das Ovarium sitzt wie eine Kugelkalotte einem gänseeigroßen Tumor, dem zu einer Blutmole veränderten Ei, auf. Das Ei zeigt an der lateralen Fläche eine markstückgroße Rupturstelle. Ein Flachschnitt durchs Ovarium lässt inmitten von Ovarialgewebe inselförmige Eireste erkennen, die aus Blut und Chorionzotten bestehen. Das Corpus luteum verum dieser Schwangerschaft besteht aus der stark gewucherten Theca interna und der fast vollständig erhaltenen Follikelhöhle, deren Epithel fehlt. Die Chorionzotten haben fast überall doppelte Epithelbedeckung, die Langhans'sche Zellschicht und Syncytium. Da sich nirgends Anhaltspunkte finden, die die Entstehung des Syncytiums aus Geweben des Eierstocks wahrscheinlich machen, muss in diesem Falle auf seine fötale Abstammung geschlossen werden.

2) Ein subserös cystisches, mannskopfgroßes Myom von einer 40jährigen Frau. Der Tumor, der vor und im Beginne der Operation für einen Ovarialtumor gehalten wurde, hatte 3 Wochen vorher die klinischen Zeichen von Stieltorsion eines Ovarialtumors gegeben.

Theilhaber (München). Beitrag zur Lehre von den Veränderungen des Mesometrium.

T. meint, dass in neuerer Zeit die Erkrankungen des Endometrium über-, die des Mesometrium unterschätzt würden. Er hält dies nicht für richtig, denn die Kontraktionen der Uterusmuskulatur seien nothwendig zur Fortbewegung des venösen Blutes. Der normale Uterus kontrahire sich von Zeit zu Zeit, andernfalls würde seine Muskulatur atrophiren. Die Stärke der Muskulatur des Uterus ist eben so wie die Weite der Blutgefäße der Gebärmutter sehr variabel in den verschiedenen Lebensaltern der Frau. Die Muskeln sind schwach und die Gefäße sind eng in der Kindheit, die Muskulatur ist stark und die Gefäße sind weit während der Blüthezeit des Geschlechtslebens der Frau. Die Cirkulation im Uterus geht dann in normaler Weise von statten, wenn die Stärke der Muskulatur im direkten Verhältnis steht zur Weite der Blutgefäße. Sind die Blutgefäße relativ weit, die Muskulatur schwach, so entsteht venöse Stauung im Uterus mit consecutiven Menorrhagien und Hypersekretion, zuweilen auch in Folge von Überernährung des Organs Hyperplasie der Mucosa und des Mesometrium (bisher sog. Endometritis und Metritis). Vortr. hat in Gemeinschaft mit Herrn Dr. A. Meier eine größere Anzahl (bis heute 50) Uteri untersucht und fand eine typische Kurve der Entwicklung der Stärke der Muskulatur, die jedoch physiologische und pathologische Abweichungen aufweist. Die letzteren geben Veranlassung zur Aufstellung des klinischen Begriffes der Insufficienz des Uterusmuskels. Diese Insufficienz findet sich schon zuweilen bei jungen Mädchen kurz nach der Pubertät, wenn die Entwicklung des Uterusmuskels in langsamerem Tempo erfolgt als die Erweiterung der Arterienäste. Dann kommt es zu dem Krankheitsbilde, das von den Franzosen als Métrite des vierges beschrieben wird: Blutungen, die oft wochenlang in großer Stärke andauern, mit oder ohne Fluor albus in der Zwischenzeit. Diese Erkrankung wird am zweckmäßigsten mit dem Namen Hypoplasia muscularis uteri bezeichnet; aus klinischen Beobachtungen und den anatomischen Untersuchungen lässt sich weiter schließen, dass nicht selten auch primäre Degeneration der Muskelfasern mit consecutiver Hyperplasie des Bindegewebes die Ursache an-

derer Menorrhagien ist, so der Blutungen, die man findet bei Phthisikerinnen, bei manchen Chlorotischen, nach Typhus, Diphtherie etc. Diese Erkrankung wird wohl am passendsten als Myodegeneratio uteri bezeichnet.

Von den Blutungen, die bei akuten Infektionskrankheiten so häufig auftreten, glaubt Vortr., dass sie häufig auf das rasche Ansteigen des Blutdruckes bei diesen Erkrankungen zurückzuführen seien.

Physiologisch ist es, dass in der Klimax die Muskulatur atrophirt, das Bindegewebe hyperplasirt, dieser Vorgang findet jedoch bei manchen Frauen schon relativ früh statt; wenn hiermit ein relativ hoher Blutdruck Hand in Hand geht, oder ein Weitbleiben der Gefäße, so folgen daraus Menorrhagien, die gewöhnlich als präklimakterische bezeichnet werden.

Eine vierte Form der Insufficienz des Uterusmuskels ist die Erkrankung des Uterus bei akuten und subakuten Entzündungen der Adnexe: kollaterale Hyperämie und Ödem des Parenchyms führt hier zur Parese der Uterusmuskulatur.

Auch am Uterus myomatosus kann die Muskelinsufficienz Veranlassung zu Blutungen um so leichter geben, als der myomatöse Uterus eine sehr reichliche Gefäßversorgung besitzt.

Bei der Subinvolutio uteri dürfte die Hauptursache der Blutungen in dem relativ zu weiten Offenbleiben der Gefäße zu suchen sein.

Auf Grund des Gesagten möchte Referent unterscheiden: 1) (primäre) Endometritis mit (consecutiver) Metritis; hierunter wären zu rubriciren ausschließlich die Infektionskrankheiten, die zunächst die Schleimhaut betreffen, wie die gonorrhoische Endometritis, die nach Puerperalinfektion restirende Endometritis, die tuberkulöse Schleimhautentzündung.

2) Die primären Erkrankungen des Mesometrium: Hyperplasia uteri infantilis, Myodegeneratio, Subinvolutio uteri, die Uteruserkrankungen in Folge von Adnexaffektionen, manche Veränderungen beim Uterus myomatosus, Myofibrosis uteri. Sie können sekundär zu Hyperplasie des Meso- und Endometrium führen.

Therapeutisch geht hieraus hervor die Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung für viele dieser Fälle, Beseitigung der zu Grunde liegenden Ernährungsstörung, je nach dem Falle durch Eisen, Hydrotherapie, Balneotherapie, klimatische Kuren etc. Wichtig sind ferner oft die kontraktionserregenden Mittel, Secale und seine Präparate. Lokal kommen alle Maßnahmen in Betracht, die die Kontraktionen des Uterus erregen: Elektricität, Massage, uterine und vaginale Irrigationen mit Flüssigkeiten von differenter Temperatur, Ätzungen des Uterus mit Lösungen von Chlorzink, Eisenchlorid etc.

Herzfeld (Wien) demonstrirt das Urmodell des Braun'schen Schlüsselhakens. Die Lichtung des Hakens zwischen Knopf und Stange beträgt an diesem Instrumente gemäß der Angabe Braun's 3 cm. Die meisten jetzt im Handel befindlichen Instrumente haben nur $2^1/_4$ cm Lichtung, sind also fehlerhaft konstruirt. Daraus mögen sich zum Theil die Schwierigkeiten erklären, über die bei Durchtrennen des Halses mittels des Braun'schen Hakens geklagt worden ist. Bei der Anlegung muss bei I. Querlage die rechte, bei II. Querlage die linke Hand den Hals fixiren und so umfassen, dass der Haken unter ihrer Kontrolle über die Wirbelsonde gelegt wird. Bei der 1. Umdrehung nach erfolgter Luxation muss der Haken nach dem Kopfe zu gedreht werden, damit sich seine Spitze nicht in den Thorax einbohrt.

Latzko (Wien). Über Embryotomie.

L. theilt eine neue Methode der Embryotomie mit, welche in solchen Fällen von verschleppter Querlage mit Vortheil angewendet wird, in denen der Hals nicht oder nur schwierig erreicht werden kann. Als Instrumente werden benöthigt: 3 Kugelzangen oder Muzeux, 1 Kornzange, 1 kräftige Episiotomieschere. Zwei neben einander eingesetzte Zangen fassen den fötalen Thorax an der im Orificium sich präsentirenden Stelle. Zwischen denselben wird die Brusthöhle eröffnet und mittels der Kornzange ausgeräumt, was in wenigen Minuten geschehen ist. Nunmehr erfolgt die transversale Durchtrennung des Kindeskörpers

mit Hilfe der nach jedem Scherenschnitte immer weiter eingesetzten Kugelzangen oder Muzeux. Die Anwendung der aus der vaginalen Operationstechnik übernommenen Klettermethode gestattet die Zweitheilung des querliegenden Rumpfes in relativ kurzer Zeit. Extraktion beider Rumpfhälften mit den Hakenzangen.

Vortheile der Methode: 1) Anwendbarkeit sowohl bei hohem, als bei tiefem Stande der Schulter; 2) die Gefahr der Uterusruptur braucht nicht durch Einführung einer Hand in das überdehnte untere Uterinsegment gesteigert zu werden; 3) die dem Kindeskörper mitgetheilten Bewegungen sind geringer, als bei der Extraktion des eviscerirten Kindes nach dem Mechanismus der Selbstwendung; 4) entfallen alle Schwierigkeiten, die sonst bei Entfernung des zurückgebliebenen Kopfes entstehen können; 5) kann der ganze Eingriff ohne Narkose ausgeführt werden, was bei den zumeist erschöpften Kreißenden ins Gewicht fällt.

L. empfiehlt seine Methode nicht als Normalverfahren, hält dieselbe aber für eine Bereicherung der geburtshilflichen Therapie in einzelnen schwierigen Fällen.

Zweifel (Leipzig) bespricht die Vortheile des von ihm angegebenen Trachelorrhekters. In Folge der doppelten Hebelwirkung des bekannten Instrumentes gelingt die Durchbrechung der kindlichen Halswirbelsäule sehr leicht. Dem Instrumente ist mangelnde Deckung der Hakenspitzen und dadurch bedingte Gefahr von Nebenverletzungen vorgeworfen worden. Die Deckung ist dadurch gesichert, dass die Hakenspitzen in die Haut des kindlichen Halses eindringen. Bei kleinen Kindern reicht der Braun'sche Haken aus, bei großen dagegen hat man bei Verwendung des Braun'schen Hakens oft Schwierigkeiten, die Wirbelsäule zu durchbrechen.

Everke (Bochum) demonstrirt:

1) Einen in einer alten Kaiserschnittsnarbe rupturirten graviden Uterus. Derselbe stammt von einer IIIpara, die am Ende der Schwangerschaft mit heftigen Schmerzen im Abdomen und kollabirt in das Krankenhaus gebracht wurde. Die Diagnose wurde auf Appendicitis gestellt. Zunehmender Collaps machte die Laparotomie nöthig. Die Bauchhöhle war erfüllt mit frischem Blute; der Uterus in der alten Narbe rupturirt. Die Naht beim Kaiserschnitte war nach Sänger, also unter Vermeidung der Decidua, angelegt worden. Als Material hatte Seide gedient. Seitdem er diesen Fall erlebt hat, legt E. eine Reihe Katgutfäden, die die tiefen Schichten der Uterusmuskulatur vereinigend, nach der Corpushöhle zu geknüpft werden, und dann erst, wie gewöhnlich, die tiefgreifenden Nähte.

2) 2 Uteri von 36 Stunden nach Sectio caesarea an an Eklampsie Verstorbenen, wo die vorbeschriebene Naht angewandt wurde. Die Schnittflächen sind schon verklebt und die junge Narbe fast linear.

Hofmeier (Würzburg) demonstrirt ein Präparat von Tubenschwangerschaft im 5. Monate, das beweist, dass sich die Placenta auch in späterer Zeit der Schwangerschaft auf der Reflexa bilden kann. Die plumpe, massige Placenta zieht in der Ausdehnung einer Handfläche, auf einer dünnen Membran ruhend, vollkommen frei über einen zwischen ihr und der Wand des Fruchtsackes liegenden, mit gallertigem Schleime gefüllten Hohlraum fort. Die innere Wandbekleidung des Fruchtsackes, die an den Hohlraum grenzt, ist mit Epithel versehen, es ist das in Folge Verwachsung nach außen verschlossene Ende der Tube. Die dünne Membran, welche den Muttergrund der Placenta darstellt, ist sehr gefäßreich, weist eine Epitheldecke auf und baut sich aus Deciduazellen auf, kann also nur eine Decidua reflexa darstellen. Die Möglichkeit der Entwicklung einer Placenta auf einer Decidua reflexa, die sehr verdünnt ist, steht also fest, denn um ein Übergangsstadium des Chorion laeve zum Chorion frondosum kann es sich am vorliegenden Präparate nicht mehr handeln.

Olshausen (Berlin) fragt, ob in der den Hohlraum begrenzenden Wand des Fruchtsackes noch Falten vorhanden waren, die als Fimbrien des obliterirten Tubenpavillons angesprochen werden könnten.

Hofmeier verneint die Frage.

Ammann (München) demonstrirt:

1) Präparat von Extra-uterin-Gravidität mit Uterus myomatosus.

2) Eine Haematometra lateris.

3) Einen durch ein Corpuscarcinom abnorm vergrößerten Uterus.

v. Franqué (Würzburg). Demonstration

1) eines Lipo-Fibromyom des Uterus, aufgetreten in Gestalt eines Cervixpolypen bei einer 64jährigen Mehrgebärenden. Das in typischen Fetttraubchen auftretende, auch durch Osmiumreaktion festgestellte Fettgewebe ist durch Metaplasie von Uterusgewebe entstanden und nicht durch embryonale Keimverlagerung.

2) Weitgehende deciduale Umwandlung des Ovarialstromas bei einer wegen irreponiblen Myoms mit Kaiserschnitt behandelten Pat. An demselben Präparate finden sich multiple subseröse Cystchen auf der Tube und am Lig. latum, deren Entstehung aus soliden, aus geschichtetem Plattenepithel bestehenden Protuberanzen des Peritonealepithels an Serienschnitten nachgewiesen werden konnte.

3) Eine von fibromatösem Gewebe umgebene Blutcyste des Gartner'schen Ganges bei Uterus bicornis, welche klinisch das Bild einer Haematometra lateralis (Dysmenorrhoe) hervorrief und die Exstirpation des linken durchgängigen Hornes des Uterus sammt der in seiner Seitenkante sitzenden, etwa 1 Esslöffel »Hämatometrablut« enthaltenden Cyste veranlasste.

Noll demonstrirt ein Teratom der Steißbeingegend, das er bei einem Kinde in der 5. Lebenswoche exstirpirte, weil es schnelle Wachsthumstendenz zeigte. Den Hauptantheil der Wand des faustgroßen Tumors bildet Gehirnmasse eines Foetus in foetu. Das rudimentäre Gehirn hat durch hydropische Ausdehnung der Ventrikel cystische Beschaffenheit erlangt.

P. Strassmann (Berlin) demonstrirt die Urogenitalsysteme von 2 Paaren eineiiger Zwillinge mit Oligo- und Polyhydramnie. Er macht auf die von Schatz, ferner von Küstner hervorgehobenen funktionellen Unterschiede an Harnblase, Ureteren, Nieren hierbei aufmerksam (Hypertrophie, Dilatation bei dem Polyhydramnioten — Hypotrophie und Hypoplasie bei dem Oligohydramnioten). Auch die Zahl der Glomeruli und ihre Durchmesser sind messbar bei Polyhydramnie vergrößert.

S. erblickt in diesen funktionellen Befunden eine unzweifelhafte anatomische Grundlage dafür, dass hier die verschiedenen Fruchtwassermengen auf verschiedener Diurese beruhen. Er hält einen Schluss aus diesen Thatsachen auf die fötale Urinsekretion als Quelle des Fruchtwassers für gerechtfertigt.

Bulius (Freiburg i/B.). 1) Über Atresia vaginalis congenita.

B. hat einen Fall von angeborener Vaginalatresie mit Hämatokolpos bei einem Neugeborenen beobachtet, bei dem die alte Kussmaul'sche Theorie von der fötalen Entzündung als sicher zu Recht bestehend erwiesen wird.

Bei einem neugeborenen Mädchen wurde unmittelbar nach der Geburt von der Hebamme beim ersten Baden des Kindes eine kleine Geschwulst zwischen den Labien bemerkt. Da diese an Größe zunahm, wurde B. am 4. Tage p. part. vom Hausarzte konsultirt. Es fand sich bei einem im Übrigen wohlentwickelten Mädchen zwischen den normal gebildeten Labien eine etwa kastaniengroße Geschwulst, auf deren Kuppe eine strahlige, weiße Narbe vorhanden war, während das Hymen vollständig sich abheben ließ. Die Geschwulst schimmerte bläulich durch und vergrößerte sich beim Schreien des Kindes. Die Eltern verweigerten einen Eingriff. Als aber die Geschwulst immer mehr zunahm, wurde B. nach einigen Tagen wieder gerufen und fand nun die Geschwulst bis zu Hühnereigröße angewachsen. Das Kind schrie ununterbrochen, Harn und Stuhl waren angehalten, der After klaffte weit und der Damm war stark vorgewölbt, wie bei einer Geburt. Nach der Incision entleerten sich 2 Reagensgläser voll einer schleimigblutigen Flüssigkeit, die sich als ganz steril erwies. Das Kind bot später keine Störungen mehr dar.

2) Demonstration eines mikroskopischen Präparates: Es stammt von einer Frau, die vor 11 Jahren normal geboren hatte und in der 4. Woche post partum mit

koninuirlichem Fieber erkrankte. Nach längerer Zeit links über dem Lig. Poupartii durch Prof. Freund sen. eine Geschwulst eröffnet, aus der sich Eiter entleerte, über deren Natur aber damals keine Sicherheit bestand. Später noch verschiedene Abscesse am Nabel und rechts oberhalb des Lig. Poupartii eröffnet. Auf Tuberkulineinspritzung vollständiger Abfall des Fiebers. Jetzt bestand an der Narbe rechts, die etwa $1^1/_2$ cm oberhalb des Lig. Poupartii liegt, ein taubeneigroßer, harter, beweglicher Knoten, der wegen ständiger, davon ausgehender Schmerzen entfernt wurde. Die histologische Untersuchung ergab Muskelgewebe, in dem ein großer und zahlreiche kleinere, den großen kreisförmig umgebende Hohlräume lagen. Diese sind mit Epithel ausgekleidet und umgeben von Zellen, die wie Mucosa uteri-Zellen sich präsentiren. Die genaue Untersuchung ergab, dass es sich um einen Tubenknoten handelte, an dem die Veränderungen, wie sie von v. Franqué, Alterthum und B. bei Salpingitis tuberculosa beschrieben sind, sich fanden.

Schenk (Prag) demonstrirt mikroskopische Präparate von elastischen Fasern der Scheide. Auf Grund der bisherigen Untersuchungen (25 Fälle) bestätigt S., dass man bei Neugeborenen elastische Fasern in der Scheide nur in der Intima der Arterienwand findet, dass ferner die elastischen Fasern in der virginalen Scheide in der von Obermüller beschriebenen Anordnung vorkommen und dass eine Vermehrung der elastischen Elemente während der Gravidität eintritt; ob diese Vermehrung thatsächlich mit der Gravidität zusammenhängt und unregelmäßig vorkommt, muss noch an einer größeren Zahl von Fällen erhoben werden.

Entgegen den Befunden von Obermüller fand S., dass in den Jahren nach dem Klimakterium keine Rückbildung und Abnahme des elastischen Gewebes eintrete, im Gegentheile immer eine deutlich ausgesprochene Zunahme, so dass in der senil atrophischen Scheide das elastische Gewebe im Verhältnisse zu den anderen Organelementen vollständig in den Vordergrund tritt.

Ferner kann S. nicht bestätigen, dass langsam eintretende Dehnungen (Prolaps) das elastische Gewebe zerstören; selbst bei den ältesten Individuen mit vollständiger Inversion der Scheide findet man elastisches Gewebe in ganz unverhältnismäßig großer Menge.

Die elastischen Fasern der Scheide zeigen bei älteren Individuen die auch in anderen Organen typisch auftretenden Veränderungen, besonders Verdickung und Zerbröckelung (Dührssen, Woltke, Pick u. A.), während ihr Tinktionsvermögen, wie es auch Pick beim elastischen Gewebe des senilen Uterus fand, unverändert bleibt.

Weitere Untersuchungen sollen klarstellen, ob es sich hierbei um Degenerationsprodukte, wie bei der äußeren Haut, oder ob es sich um eine wirkliche Zunahme an elastischem Materiale als kompensatorische Erscheinung (Melnikow-Raswedenkow, Pick) analog dem Verhalten des elastischen Gewebes in anderen Organen handelt.

Asch (Breslau). Die Desinfektion durch Formaldehyd scheint ausgezeichnet geeignet zur Sterilisirung von Gegenständen, die, wie Katheter, Bougies etc., die üblichen Kochmethoden schlecht vertragen. Da nun zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt Krause's Methode stets die zufriedenstellendsten Erfolge abgegeben hatte, begrüßte ich mit Freuden die Möglichkeit, elastische Bougies aus Celluloid in Formoldämpfen stets keimfrei und gebrauchsfertig aufbewahren zu können, und ließ solche Bougies in den bekannten Glascylindern, auf deren Boden aus mit Formaldehydlösung befeuchteten Kieselgursteinchen sich Formoldämpfe entwickeln, auf meiner Abtheilung stets vorräthig halten; Klagen meiner Assistenten über Erfolglosigkeit der Methode und der gelegentlich eigene Gebrauch dieser Bougies machten mich auf eine eigenthümliche Schädigung derselben aufmerksam; die starken Celluloidbougies (No. 13), die nach dem Kochen sehr schnell abgeschreckt werden müssen, um elastisch zu bleiben, hatten beim dauernden Aufenthalte in den Formoldämpfen ihre Elasticität vollkommen eingebüßt und waren weich und biegsam geworden; so erklärte sich ihre Unwirksamkeit, da

gerade der elastische Druck auf die Uterusinnenfläche den Reiz für das Eintreten ausreichender Wehen abgiebt.

Aber auch einen anderen Nachtheil boten diese weichen Bougies im Gegensatze zu den elastischen, die leicht an der Uteruswand hingleiten. Ich zeige Ihnen hier eine Placenta, die von 2 solchen weich gewordenen Bougies in einer Ausdehnung von über 8 cm durchbohrt ist. Um dem Übelstande abzuhelfen, ließ ich in die sonst so sehr geeigneten Bougies Drahtspiralen (gebrauchte Klaviersaite) einziehen, die ihnen dauernd trotz Formalin oder Kochen ihre Elasticität bewahren. Ja, je weicher der Celluloidmantel wird, desto elastischer zeigen sich die Bougies.

Im Gegensatze zu diesem einfachen Wiedergutmachen der durch Formalin bedingten Schädigung fand ich eine solche bei der Verwendung zur Sterilisirung von Quellstiften. Diese behielten zwar ihre brauchbaren Eigenschaften völlig bei, es dringt aber so viel Formaldehyd in die Tiefe derselben, dass ich nach Verwendung eines solchen Laminariastiftes eine tiefgehende Nekrose des Cervicalkanales und eines Theiles des Endometriums sah; während durch die Farbe und Form erhaltende Eigenschaft des Formalins bei den der Dilatation folgenden Ausspülungen der Cervicalschleimhaut nichts anzusehen war, stieß der Uterus nach einiger Zeit diesen Ausguss unter stinkender Jauchung aus, der, wie Sie das an dem mikroskopischen Schnitte sehen können, über der Mucosa noch eine fast doppelt so dicke Schicht Muscularis aufweist. Leider entzog sich die Pat. der der Verwachsung der Flächen vorbeugenden Behandlung, so dass sie einige Monate nachher mit vollkommener Atresie der dünnen Cervix ein kleines flaches Corpus uteri aufwies. Die Thatsache, dass an dem 7 cm langen nekrotischen Rohre auch das dem Fundus entsprechende Ende offen war, ja auch seitlich einige Defekte aufwies, ließ mich hoffen, dass ein Rest von Mucosa mit der Zeit eine Hämatometra hervorrufen würde, die dann die Möglichkeit eines operativen Wiedergutmachens des Schadens abgeben konnte.

Da ich Ihnen die Pat. gestern leider nicht mehr vorstellen konnte, muss ich mich hier auf die kurze Wiedergabe der Krankengeschichte beschränken.

Pat. war $^3/_4$ Jahr verheirathet, als ich ihr im September 1897 eine Parovarialcyste aus dem linken Ligament per colpotomiam post. ausschälen musste, die, 2 Jahre vorher von anderer Seite punktirt, wieder auf 2-Faustgröße gewachsen war. Ihrer Kinderlosigkeit wegen wurden ihr von einem Kollegen Incisionen am inneren Muttermunde gemacht, die eine narbige Stenose mit sehr erheblichen Menstruationsbeschwerden zurückließen und mich zwangen, eine Dilatation mit Laminaria vorzunehmen. Nach Entfernung des Stiftes und Ausspülungen zunächst Wohlbefinden, dann stinkender Ausfluss und schließlich Ausstoßung einer nekrotischen Röhre, in der Form dem Stifte entsprechend, und vollständige Verwachsung, die ich erst 3 Monate später konstatiren konnte, da Pat. sich trotz eindringlicher Ermahnung der Weiterbehandlung entzogen hatte. Später stellten sich große Beschwerden ein, die im weiteren Verlaufe immer mehr 4wöchentlichen Typus annahmen, und allmählich bildete sich im Laufe von $1^1/_2$ Jahren eine kleine Hämatometra aus. 2 Jahre nach der Dilatation fand ich das Corpus etwa normal groß, etwas rundlich aufgetrieben, und incidirte nach Durchtrennung des vorderen Scheidengewölbes und Abschieben der Blase nach oben den Sack, aus dem typischer Inhalt quoll. Ich spaltete dann von oben her den Cervixrest und umsäumte Incision und Schnittränder mit Scheidenhaut. Nach schneller Heilung hat die Pat., die jetzt also einen Muttermund in der Gegend des früher inneren hat und das Bild eines medianen Cervixrisses bietet, in regelmäßigen Intervallen von 28 Tagen 4mal menstruirt. Den aufgeschnittenen langen und dünnen Cervicalrest wage ich natürlich nicht zum Rohre umzubilden, da er trotz Überhäutung mit Vaginalschleimhaut wieder atretisch werden würde; nur bei späterer Implantationsmöglichkeit mit gesunder Cervicalschleimhaut würde ich die Plastik anschließen.

Aichel theilt mit, dass es ihm gelungen ist, die Blasenmole bei trächtigen Hündinnen künstlich darzustellen. Bei normalen Placenten sieht man an einzelnen

Stellen, an denen das mütterliche Gewebe in Zerfall begriffen ist, in mikroskopischen Serien gequollene Zotten, die dem Beginne der Blasenmole entsprechen. Beim Experiment (Zerreißung mütterlicher Gefäße zwischen Placenta und Gebärmutterwand) tritt zuerst Nekrose des mütterlichen Antheils der Placenta auf, dann folgt Zellvermehrung der Chorionektodermzellen, hydropische Quellung des mesodermalen Bindegewebes mit endlicher Nekrose. Die Ursache zur Entstehung der Blasenmole sieht der Vortr. daher in einer Änderung der Ernährungsverhältnisse des mütterlichen Antheils der Placenta, die beim Menschen wohl durch verschiedene Erkrankungsformen der Schleimhaut der Gebärmutter bedingt ist.

Diskussion. v. Franqué hat einen Fall von Blasenmole des Chorion laeve bei intaktem Chorion frondosum und intaktem Fötus beobachtet.

Veit hat durch Einlegen von Placenten in Kochsalzlösungen verschiedener Stärke an menschlichen Placenten diffuses Myxoma chorii erzeugen können.

Aichel zeigt einen elektrischen Thermokauter, der das Glüheisen als Behandlung des inoperablen Carcinoms ersetzen soll. Eine Eisenkapsel von 3—6 mm Dicke wird durch einen Kern aus Platindraht über Porcellan zur Weißgluth gebracht. Der Thermokauter hat den Vortheil, dass nur die Spitze glüht, dadurch werden Nebenverbrennungen vermieden. Die Tiefenwirkung ist viel stärker als beim Glüheisen, daher dauert die Operation nur sehr kurze Zeit, man erspart die Eiswasserkühlung. Die Operation gestaltet sich durch den Wegfall der Ofenversorgung und der zahlreichen Platten zum Auseinanderhalten der Scheide außerordentlich einfach. Für die Kranke selbst ist sie durch Schmerzverminderung leichter. Der Thermokauter wird von Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen hergestellt und kostet ℳ 80.—.

Holzapfel (Kiel) bespricht einen Fall von extrachorialer Fruchtentwicklung. Frucht und Placenta entsprechen dem 6. Monat, während die Öffnung in den Eihäuten so klein ist, dass die Frucht unter der Geburt nicht durchgetreten sein kann. 140 Tage nach stattgehabtem Eihautriss und Fruchtwasserabfluss erfolgte die Geburt als Partus siccus.

Gottschalk (Berlin) demonstrirt eine echte Dermoidcyste, die aus dem Beckenbindegewebe des Lig. latum ausgeschält wurde, als Nebenbefund bei einer Myomotomie. Beide Ovarien waren von dem Myom in die Höhe gezogen und lagen vollständig wohlgebildet in Nabelhöhe; die Cyste kann also weder direkt noch indirekt mit den Eierstöcken etwas zu thun haben. Die Cyste enthält Abkömmlinge aller drei Keimblätter. Der Satz, dass nur die Eizelle solche Dermoide hervorzubringen vermag, ist durch das vorliegende Präparat widerlegt.

Gottschalk (Berlin). Zur Histogenese der Gallertkystome des Eierstockes.

Die dem von Werth sog. Pseudokystoma peritonei zu Grunde liegenden dickgallertigen Ovarialkystome sind lediglich unter dem Gesichtspunkte der Übereinstimmung in dem Konsistenzgrade ihres Inhaltes bisher in der Litteratur einheitlich beurtheilt worden. Die histologische Beschaffenheit der beschriebenen einzelnen Tumoren und die chemische Zusammensetzung ihres Inhaltes dürften begründete Zweifel an der einheitlichen Natur dieser Geléegeschwülste aufkommen lassen. Die Innenwand der Cysten wurde bald von hohem cylindrischen Epithel und Becherzellen ausgekleidet gefunden (Runge u. A.), bald von niedrigem kubischen Epithel mit großem Kerne und schmalem Protoplasmaleibe (Pfannenstiel), bald wurde Mucin in dem Inhalte gefunden (Runge), bald vermisst, statt dessen Pseudomucin β (Pfannenstiel). Pfannenstiel suchte den Unterschied in dem Epithel durch eine Hypothese zu überbrücken, wonach die Abplattung des Epithels eine Sekundärerscheinung bedeute, bedingt durch Druckatrophie unter dem gesteigerten Inhaltsdrucke. Pfannenstiel glaubt, dass derartig niedriges Epithel seine Sekret producirende Thätigkeit eingebüßt habe und alle diese Kystome ursprünglich hohes Cylinderepithel aufwiesen.

G. ist nun in der Lage, einwandsfrei zu zeigen, dass derartige dickgallertige Kystome von Anfang an niedrig kubisches Epithel haben können, welches das

charakteristische Sekret producirt, und dass speciell diese Kystome von dem Graf'schen Follikel ausgehen und zwar innerhalb der Membrana granulosa in Form multipler kleincystischer Differenzirungen beginnen.

Man wird daher in Zukunft vom histologischen und höchst wahrscheinlich auch vom histogenetischen Gesichtspunkte aus zwei verschiedene Formen der dickgallertigen Eierstocksgeschwülste unterscheiden müssen: solche mit niedrig kubischem Epithel, welche also von der Membrana granulosa des Graaf'schen Follikels ihren Ausgang nehmen, und solche mit hohem cylindrischen Epithel, deren Histogenese noch nicht sicher erwiesen ist. G. konnte ferner an dem Falle, welcher seinen Untersuchungen zu Grunde liegt, feststellen, dass die in der Bauchhöhle frei vorgefundenen, dem Peritoneum so fest anhaftenden Geléemassen aus der Ovarialcyste stammten, also implantirt waren, keine Metastasen waren.

Krönig (Leipzig) demonstrirt ein Verfahren, welches den Abnehmer sichern soll, dass fabrikmäßig sterilisirtes Katgut auch wirklich die verlangte Temperatur von 165° erreicht hat. Von der Firma Dronke, Köln, Hohenstaufenring, wird seit mehreren Jahren Katgut in den Handel gebracht, welches in kleinen Schachteln in Cumol auf 165° erhitzt ist. Das Katgut ist direkt gebrauchsfertig und soll trocken vrrwendet werden. Bisher hatte der Abnehmer keine Garantie dafür, dass der Fabrikant auch wirklich die verlangte Temperatur angewendet hatte. K. hat in Form einer Perle eine Metall-Legirung herstellen lassen, welche an den obersten Faden vor der Sterilisation angeknüpft wird und bei 165° an den Faden anschmilzt.

Weiter demonstrirt K. 2 Präparate: Eine Myombildung in einem mangelhaft entwickelten Uterus bei Verschluss der Corpushöhle und außerdem die Entwicklung eines mannsfaustgroßen Myoms im Septum vesico-vaginale, welches an einer Stelle kurz unterhalb der Harnröhrenmündung die vordere Scheidenwand durchbrochen hat und buckelartig aus der Schamspalte hervorsieht.

Herm. W. Freund. Über wahre und vorgetäuschte Extra-uterin-Schwangerschaft.

Die oft erwähnte Thatsache von dem auffällig häufigen Vorkommen der Extrauterin-Schwangerschaft erklärt man gewöhnlich damit, dass die Tubenkrankheiten zugenommen haben, und dass wir den Process besser zu diagnosticiren gelernt haben. Es scheint aber, als ob wir ihn mitunter zu häufig, also falsch diagnosticiren. F. berichtet über 28 Operationen bei Graviditas tubaria, bei welchen die exstirpirten Tuben unversehrt, also genauer anatomischer Untersuchung zugänglich waren. (Hämatocelen, zerfetzte Adnexe etc. wurden nicht berücksichtigt.) Von diesen 28 Fällen erwiesen sich 4 als »vorgetäuschte Extra-uterin-Schwangerschaften«. Im 1. Falle handelte es sich um eine doppelte Tube. Zwischen beiden Lumina derselben, die erst über die Mitte des Organes hinaus zu einem einzigen zusammenfließen, liegt ein Septum, in welchem eine hochgradige Gefäßentwicklung auffällt. Eine große Vene war hier (intra coitum) geplatzt und hatte eine fast letale innere Hämorrhagie herbeigeführt, die den Bauchschnitt indicirte. Heilung. In dem auf Serienschnitten zerlegten Organe, die F. vorlegt, findet sich keine Spur von fötalen Elementen. In 2 weiteren Fällen wurde die Laparotomie wegen wachsender Tubengeschwülste ausgeführt, welche Unregelmäßigkeit der Menses, andauernden Blutabgang nach außen, schließlich freien Bluterguss in die Peritonealhöhle hervorgerufen hatten. Die beiden exstirpirten Tuben zeigen Anschwellungen, wie gravide, und mit Blut gefüllte Hohlräume, welche makroskopisch in vollkommener Weise das Bild eines extra-uterinen Fruchtsackes vortäuschen. Und doch handelt es sich, wie die mikroskopischen Präparate erweisen, um Adnextumoren, Salpingitis chronica haemorrhagica. Also ist die Täuschung durch das grob anatomische Verhalten wie durch den klinischen Verlauf eine vollkommene. (Aus Rücksichten auf die Demonstration sind die Tuben noch nicht in Serienschnitte zerlegt worden.) Ob eine Decidua abgegangen ist, ließ sich, da beide Frauen erst relativ spät in

Behandlung kamen, nicht feststellen; nach Analogie der Dysmenorrhoea membranacea wäre aber die Bildung einer Decidua nicht unmöglich. Die letztgenannten beiden Fälle zeigen, dass die grob anatomische Betrachtung der Tuben auch bei klinischen Zeichen, welche eine Extra-uterin-Gravidität als ganz sicher erscheinen lassen, zur Feststellung der Diagnose nicht genügt, dass vielmehr exakte mikroskopische Untersuchung jedes Mal gefordert werden muss. — In einem 4. Falle handelte es sich um eine ziemlich große Hämatosalpinx, in den Blutgerinnseln war keine Spur von Zotten nachweisbar. Dass die Haematocele retro-uterina durchaus nicht immer die Folge einer Extra-uterin-Schwangerschaft zu sein braucht, ist bekannt und jüngst erst wieder durch Santer nachgewiesen worden, der in 7 von 14 Fällen nachweisen konnte, dass die Blutung der Ausdruck einer allgemeinen venösen Blutstauung bei Vitium cordis, Nephritis, Lungenemphysem etc. ist. F. hat einen solchen Fall von der Scheide aus operirt. Hier war der Erguss kurz vor der Krisis einer doppelseitigen Lungenentzündung entstanden. Die Adnexe waren normal, das Blut der Hämatocele zeigte weder mikroskopisch noch bakteriologisch etwas Besonderes. Entzündliche Veränderungen in den Tuben bei Extra-uterin-Gravidität fand F. nur in $^1/_4$ der Fälle, Infantilismus noch seltener. Die Wucherungsfähigkeit der Zotten scheint, besonders in Fällen, wo weder Entzündungen noch Infantilismus oder andere ätiologische Momente zu konstatiren sind, von besonderer Wichtigkeit zu sein. F. zeigt Präparate, in denen die Zerfaserung einer sonst normalen Tube einer jungen Frau, die erst vor 8 Monaten geboren hatte, durch die wuchernden Zottenbestandtheile eine enorme war. Eine richtige Deciduabildung in der Tube hat er nie gesehen. Das Ei dringt unter die Schleimhaut und schiebt diese in Falten vor sich her. In einem Falle sah F. einen zusammenhängenden Zellstrang sich frei in den nicht schwangeren Abschnitt der Tube erstrecken; er war auf Serienschnitten auf den Überzug einer Zotte zurückzuführen. Schließlich zeigt F. die Abbildung einer vollständigen Abdrehung (Torsion) einer schwangeren Tube.

Diskussion. Pfannenstiel kann die Erfahrungen Freund's durch einen operirten Fall bestätigen.

Fehling fragt, ob es sich in den Freund'schen Fällen um abgekapselte oder freie Blutergüsse in die Bauchhöhle gehandelt habe.

Freund antwortet, dass es freie Blutungen gewesen seien.

Olshausen erinnert an 2 von ihm früher mitgetheilte Fälle. In einem war die Blutung durch ein Magenleiden, im anderen durch ein Trauma (Fall) verursacht.

Veit glaubt, dass das Tubenhämatom doch als auf Extra-uterin-Schwangerschaft beruhend erkannt werden wird, wenn die Stelle, wo das Coagulum der Tubenwand anhaftet, in Serienschnitte zerlegt werden würde.

Freund sagt diese Untersuchung und Bericht über dieselbe zu.

Dietrich (Köln). Demonstration eines Falles von Bauch-Blasen-Genital-Beckenspalte (Präparat und Photographien).

Kind L., geboren 23. Mai 1901, gestorben 26. Mai 1901. Eltern gesund, haben 2 kräftige Kinder. Schwangerschaft ohne Besonderheiten. Geburt ca. in der 36. Woche. Viel Fruchtwasser. Querlage IIb. Wendung und Extraktion. Lange Nabelschnur, normale Placenta. Große Hernia funiculi umbilicalis, die den größten Theil der Leber und Darmschlingen enthält. Die ektopischen Blasenhälften liegen ganz getrennt je oberhalb der betreffenden Schenkelbeuge. Jede Blasenhälfte weist eine in vivo funktionirende Uretermündung auf. Unter der Hernie und zwischen den Blasenhälften finden sich 3 Darmostien. Zuoberst das Ostium des Ileum, dessen Schleimhaut wurstförmig prolabirt ist. Hieraus entleert sich in vivo reichlich Mekonium. Darunter dicht neben einander 2 Ostien vom Coecum und der Flexur. Die Flexur endet im kleinen Becken blind. Keine Afteröffnung. Keine Genitalöffnung. Zwischen den klaffenden Symphysenenden Rudimente der Schamlippen, die unten zusammenhängen. Uterus vollkommen

doppelt bis zur Gegend der Labien, walzenförmig, ohne Absatz in die Tuben auslaufend. Gestreckte Lage beiderseits an der Beckenwand. Jederseits neben dem Tubenostium ein Ovarium. Linke Niere vergrößert, linker Ureter erweitert. Große Spina bifida.

Hoehne (Kiel) demonstrirt:

1) Ein subseröses Angio-Fibromyom des Uterus von der Größe und Form einer dicken Placenta, das pilzförmig mit einem kleinfingerdicken Stiele am Fundus in der Höhe der rechten Tubenecke festgesessen hat. Die Muskelelemente des kleinknolligen Tumors stehen in inniger Beziehung zur Muskulatur der zahlreichen Arterien.

2) Ein kirschkerngroßes Lymphangiom der Tube als Nebenbefund an einem per vaginam mit den Adnexen exstirpirten myomatösen Uterus. Der Tumor sitzt in der oberen Tubenwand ca. 1 cm lateralwärts von der rechten Eileiterecke und ist den äußeren Lamellen der Ringmuskulatur eingelagert.

Kretschmar (Wiesbaden) demonstrirt einen malignen kleincystischen Ovarialtumor, analog dem von Gottschalk als Folliculoma malignum beschriebenen. Nach K.'s Ansicht stammt die Geschwulst nicht von den Epithelien der Primordialfollikel, sondern ist von den Endothelien der Saftspalten abzuleiten, ist also als cystenbildendes Endotheliom aufzufassen.

Kossmann (Berlin). Die Identität des Syncytiums mit dem Uterusepithel.

K. demonstrirt Photographien von Schnitten durch das Kaninchenei und die Uterusmucosa kurz nach der Implantation. Syncytiale Massen entwickeln sich aus dem Drüsenepithel und sind in unmittelbarem Zusammenhange mit demselben; und zwar an Stellen, die mit dem Eichen noch gar nicht in Berührung getreten sind.

Pfannenstiel (Breslau) bestreitet nicht die syncytiale Umwandlung des Drüsenepithels an den Kossmann'schen Präparaten, ist aber nicht von der Identität dieses Syncytiums mit dem der Placenta überzeugt. Auch ist ein Schluss vom Kaninchenei auf das Menschenei unstatthaft, da selbst innerhalb der einzelnen Thierklassen erhebliche Abweichungen in der Placentarbildung vorkommen. Die Frage des Syncytiums beim Menschen kann nur an so frühen Stadien der Eientwicklung gelöst werden, wie sie bis jetzt noch nicht bekannt sind.

Gottschalk (Berlin) glaubt, dass sowohl Uterusepithel wie fötales Gewebe Syncytium bilden kann.

Winternitz (Tübingen). Die diagnostische und therapeutische Nutzanwendung der bakteriologischen Untersuchung der Uterushöhle bei Fieber im Wochenbette.

Durch die klinische Untersuchung allein kann beim Eintritte von Fieber im Wochenbette der Grund der Fiebers nicht festgestellt werden, die bakteriologische Untersuchung ist unbedingtes Erfordernis für eine Frühdiagnose. Diese aber ist die Vorbedingung für eine rationelle Therapie.

Die bakteriologische Untersuchung der Uteruslochien ist ein zuverlässiges diagnostisches Mittel. Den Untersuchungen W.'s liegen 141 Fälle zu Grunde. In allen Fällen, in denen auf Grund der späteren klinischen Erscheinungen die Diagnose Puerperalfieber gestellt werden musste, war vorher schon ein positiver Bakterienbefund erhoben worden, und andererseits lief in dieser Serie kein einziger Fall unter, in welchem bei negativem Bakterienbefunde die Annahme, dass es sich nicht um Puerperalfieber, sondern um eine andere interkurrente Krankheit handle, durch den späteren Verlauf widerlegt worden wäre. In Übereinstimmung mit den Resultaten anderer Autoren fand W., dass $^2/_3$ (67%) aller fiebernder Wöchnerinnen in Folge Puerperalinfektion fiebern, während bei $^1/_3$ andere Ursachen dem Fieber zu Grunde liegen. In den positiven Fällen wurden gefunden: 1) Streptokokken (63%). 2) Mischinfektion, verursacht durch Fäulnisbakterien und anaërobe Keime. 3) Staphylokokken (6,3%). 4) Gonokokken. 5) Bacterium coli (3,1%).

In den negativen Fällen konnte 6mal eine Ursache nicht festgestellt werden, sonst gaben in 30% der Gesammtfälle Mastitis, Angina, Influenza, Lungenerkrankungen den Anlass zum Fieber.

Auf Grund dieser Erfahrungen ist W. zur aktiven lokalen Therapie des Puerperalfiebers übergegangen, bestehend in desinficirenden Ausspülungen der Uterushöhle. Dieselben sind zwar meist nicht im Stande, die Keime zum Verschwinden zu bringen; aus dem häufig danach eintretenden Temperaturabfalle darf man aber den Schluss ziehen, dass die Keime in ihrer Virulenz geschädigt wurden.

Queisner (Bromberg). Wöchnerinnenasyle und Wochenpflegerinnen.

Der Nutzen und die sociale Bedeutung der Wöchnerinnenasyle ist zwar allgemein anerkannt, aber es bedarf, um das bisher Erreichte weiter auszubauen und Erfahrungen gegenseitig auszutauschen, eines festeren Zusammenschlusses der ein Wöchnerinnenasyl leitenden Kollegen.

1) Vornehmlich muss eine Richtschnur geschaffen werden im Verhalten der Wöchnerinnenasyle den Hebammen gegenüber, denen mehr als bisher Gelegenheit geboten werden soll, ihre Kenntnisse im Asyle zu vervollständigen.

2) Um das Asyl weiter nutzbar zu machen, wäre es anzustreben, dass die beamteten Ärzte die Wiederholungsprüfungen der Hebammen nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch in der Anstalt abhielten.

3) Bei den Kommunen vorstellig zu werden, nach 3jährigem Durchschnitte der im Asyle aufgenommenen, unbemittelten Frauen einen bestimmten Satz jährlich an das Asyl zu zahlen.

4) In den jährlichen Berichten ein bestimmtes Schema festzuhalten, besonders die Zahl der Zimmer und Lagerstätten der Angehörigen der im Asyle aufgenommenen Frauen festzustellen.

5) Für die hilfsbedürftigen Angehörigen der im Asyle aufgenommenen Frauen ist am besten durch Entsendung von Hauspflegerinnen zu sorgen.

Es genügt nicht, Wochenpflegerinnen nur auszubilden und sie dann ohne Aufsicht sich selbst zu überlassen, sondern sie müssen zu einem Verbande zusammengeschlossen werden und in steter Fühlung mit der Anstalt, die sie ausgebildet hat, bleiben.

Der vom Minister abgelehnte Antrag des ärztlichen Lesevereins zu Aachen, eine staatliche Ausbildung, Prüfung und Beaufsichtigung der Wochenpflegerinnen einzuführen, ist noch einmal zu wiederholen, da die Befürchtung des Ministers, es möchten die geprüften Wochenpflegerinnen alsbald einen minderwerthigen Hebammenstand darstellen, nicht zu Recht besteht. Der Gefahr, dass geprüfte Wochenpflegerinnen das Ansehen des Hebammenstandes durch Hilfeleistung bei einer vom Arzte geleiteten Entbindung schädigen, kann dadurch begegnet werden, dass der Leiter des Verbandes eine Wochenpflegerin zu einer derartigen Hilfeleistung nicht entsendet.

Die Wöchnerinnenasyle sind in erster Linie dazu berufen, Wochenpflegerinnen auszubilden und sie zu organisiren.

v. Franqué (Würzburg). Über maligne Erkrankungen der Tube und Metastasenbildung im Uterus.

v. F. berichtet über 3 Fälle maligner Tubengeschwülste, die zu Implantationsmetastasen auf der Uterusschleimhaut geführt haben, und tritt für die radikale Ausrottung der inneren Genitalien in allen Fällen von malignen Tubengeschwülsten ein, die häufiger, als man bisher annahm, doppelseitig sind. In 2 Fällen handelte es sich um Carcinome, in dem 3. um ein Carcinosarkom, das als reines Sarkom im Uterus metastasirte und sich unter das Peritoneum ausbreitete, zugleich in der Wand endotheliomatöse Partien enthielt.

Bezüglich der Histogenese ergab sich, dass sich in allen 3 Fällen das Carcinom nach Art der Adenocarcinome des Uterus direkt durch Metaplasie des Tubenepithels bildete, ohne vorhergehendes rein adenomatöses oder papillomatöses

Stadium, wie es Sänger und Barth als Regel annehmen. Auch die Prognose der malignen Tubengeschwülste ist viel ungünstiger, als diese Autoren angeben.

Pfannenstiel (Breslau). Weitere Erfahrungen über den suprasymphysären Fascienquerschnitt.

Die Operation wird folgendermaßen ausgeführt: Bogenförmiger Schnitt oberhalb der oberen Grenze des Haarwuchses bis durch die hier, d. h. unterhalb der Linea semilunaris, vor den M. recti liegende Aponeurosenplatte. Die Aponeurose wird unterminirt und so von dem Rectus abgelöst, dann die Recti und das Peritoneum längs gespalten.

Bei 113 auf diese Weise operirten, darunter recht schwierigen Fällen hat P. keinen Todesfall erlebt und keine Bauchhernie gesehen. Die guten Resultate sind auf Rechnung der Methode zu setzen. In steiler Beckenhochlagerung sinken die Därme zurück und werden von der abgelösten Aponeurose schützend gedeckt. Die Bauchhernie wird vermieden, weil die Fascie im Ablösungsgebiete vollkommen mit den Mm. recti verwächst und dadurch wie eine Pelotte für den Längsschnitt durch die Mm. recti wirkt. Der einzige Nachtheil der Methode ist, dass Störungen der prima intentio in Folge der Fascienablösung etwas häufiger sind wie beim gewöhnlichen Laparotomieschnitte.

L. Fraenkel (Breslau). Versuche über den Einfluss der Ovarien auf die Insertion des Eies.

Die Versuche wurden unternommen, um die Richtigkeit einer Theorie zu prüfen, welche der verstorbene Breslauer Embryologe Born über das Corpus luteum verum sich bildete. Born hält dasselbe für eine Drüse mit innerer Sekretion; sie liefert diejenigen Stoffe ins Blut, welche in demselben kreisend die Schwangerschaftsveränderungen besonders im Uterus anregen und dadurch dem Ei die Insertion ermöglichen.

Für die Richtigkeit der Hypothese sprechen nach Born folgende Momente:

1) Die Ähnlichkeit des Corpus luteum verum im histologischen Bau mit gewissen Drüsen, besonders Leber und Nebenniere.

2) Die teleologisch sonst unverständliche unnöthige Größe des Graaf'schen Follikel, wenn er nur das Ovulum beherbergen und ausreifen soll. Es wird vielmehr durch die Theca folliculi der Hohlraum bereits präformirt, in dem später das Luteïngewebe Platz finden soll.

3) Die Graviditätsveränderungen im Uterus beginnen, ehe das befruchtete Ei überhaupt im demselben angelangt ist, auch bildet sich bei Graviditas tubaria eine Decidua im Uterus, obwohl das Ei nicht bis dahin gelangt.

4) Das kleine Ei kann unmöglich im Stande sein, durch den Fremdkörperreiz allein die Schwangerschaftsveränderungen im Uterus in Gang zu bringen. Wenn aus dem Organe von der Größe einer kleinen Birne ein kürbisgroßer Körper wird und dieses nicht durch passive Dehnung, sondern durch aktives Wachsthum, so fehlt uns ohne eine derartige Theorie das Verständnis des Zustandekommens.

5) Vergleichend anatomisch lässt sich zeigen, dass alle Thiere, welche keine Ei-Insertion haben (von den Säugethieren die beiden Klassen der Monotremata und Marsupialia, so wie alle anderen Wirbelthiere), ein sehr kleines, die übrigen Säuger ein sehr großes Corpus luteum verum bilden.

Born veranlasste mich, die Theorie experimentell auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Wenn man die Fragestellung zunächst dahin erweiterte: »Ist das Ovarium zur Insertion des Eies nothwendig?« so ließe sich die Frage experimentell studiren. Das that ich gemeinsam mit Herrn cand. med. Franz Cohn. Das Kaninchen ist hier gerade das ideale Versuchsthier, weil aus seiner Sexualphysiologie folgende Thatsachen zuverlässig bekannt sind:

1) Das Weibchen nimmt den Bock am Tage des Wurfes sicher an.

2) An diesem Tage springen meist in beiden Ovarien ca. 4—6 reife Follikel.

3) Noch am Tage des Partus, Coitus und der Ovulation findet im lateralen Theile der Tube die Imprägnation statt.

4) 7 Tage später inseriren sich die Eier in dem zweihörnigen Uterus so, dass im Allgemeinen in jedem der Uterushörner die Eier aus dem Ovarium dieser Seite zur Ansiedlung kommen.

Die Versuchsanordnung war also gegeben:

Hochträchtige Kaninchenweibchen wurden isolirt. Nach dem Wurfe wurde der Bock zugesetzt, der Coitus beobachtet. Nach 1—6 Tagen wurde die Laparotomie gemacht und entweder eins oder beide Ovarien exstirpirt. Die Tube wurde auch bei der doppelseitigen Kastration unberührt gelassen, niemals die Art. spermatica interna, sondern nur die Art. ovarica isolirt unterbunden. Bei einseitiger Kastration wurden mitunter die Adnexe der anderen Seite experimenti causa betastet, gezerrt, gedrückt. Sektion nach 14 Tagen bei glattem Verlaufe.

Kein doppelseitig operirtes Thier wurde gravid gefunden, dagegen alle einseitig operirten Thiere, welche beiderseits ovulirt hatten und zwar zum größten Theile in beiden Uterushörnern.

Damit ist erwiesen, dass Ovarialsubstanz nothwendig vorhanden sein muss, damit das Ei zur Insertion gelangt. Zur Erhärtung der Theorie Born's dienten uns 3 Sektionsergebnisse nach einseitiger Kastration, wo Gravidität fehlte. Hier hatte das exstirpirte Ovarium typische, frische Corpora lutea gezeigt. Bei der Sektion ergab sich, dass das andere Ovarium nicht ovulirt hatte. Also genügte nicht das bloße Vorhandensein von Ovarialsubstanz zur Insertion des Eies; hier fehlte das Luteïngewebe — keine Insertion sicher vorhandener imprägnirter Eier (in 3 Fällen).

Zur weiteren Stütze der Theorie Born's werden wir noch folgende Experimentalreihen immer in dem Zeitraume zwischen Imprägnation und Nidation des Eies versuchen:

1) Die Transplantation der Ovarien.

2) Die Injektion von Luteïnextrakt. Beide Versuchsanordnungen würden erweisen, dass nicht auf dem Nerven-, sondern auf dem Blutwege der Einfluss des Corpus luteum verum auf die Nidation zu Stande kommt.

3) Die von uns sog. Poloperationen: Exstirpation eines Ovarium ganz, vom anderen wird ein kleiner, von einem Aste der Art. ovarica versorgter Pol zurückgelassen, in welchem in einem Theile der Fälle ein Corpus luteum verum enthalten ist, in dem anderen fehlt.

Es soll in einer ausführlichen Arbeit später über Alles berichtet werden. Wir kommen bereits heute zu folgender Schlusserkenntnis:

Das Ovarium ist nothwendig nicht nur zur Reifung und Ausstoßung der Eier, sondern auch zur Nidation derselben. Diese neue Funktion des Ovarium ist höchst wahrscheinlich an das Corpus luteum graviditatis gebunden.

Nijhoff (Groningen). Warum löst sich unter normalen Verhältnissen die Placenta erst nach der Geburt des Kindes?

Vor der Geburt des Kindes kann die Placenta nur in sehr beschränktem Maße ihr Volumen ändern. Eine beträchtliche Volumsverringerung wäre nur möglich durch Austreibung des Blutes zum Fötus. In etwas höherem Grade — immerhin aber innerhalb enger Grenzen — kann sie ihre Form ändern und ihre Oberfläche verkleinern. Eine mit Faltenbildung einhergehende Verkleinerung der Oberfläche wird durch den intra-uterinen Druck verhindert. Die übrige Innenfläche des Uteruskörpers verkleinert sich unter der Wehe in viel höherem Grade wie die Placentarstelle (Schröder); wäre diese derselben Verkleinerung unterworfen, so wäre die Ablösung der Placenta durch Verschiebung unausbleiblich. Als Ursache der geringeren Kontraktion der Placentarstelle wird angenommen, dass der intrauterine Druck die Placenta an ihre Insertionsstelle fest herandrückt. Diese Deutung kann nicht ganz zutreffend sein, weil der intra-uterine Druck zwar eine Lösung durch Faltenbildung im Sinne Schultze's, nicht aber eine Lösung durch Verschiebung im Sinne Duncan's verhindern kann. N. ist der Ansicht, dass man die Ursache der geringeren Retraktion der Placentarstelle nicht nur im intrauterinen Drucke, sondern hauptsächlich in der Beschaffenheit der Muskulatur der

Placentarstelle zu suchen hat. Schon in den frühen Schwangerschaftsmonaten ist sie dünner, reicher an Gefäßen, Lymphräumen und Bindegewebe und ärmer an Muskelfasern als die übrige Wand des Uterus. Die Insertionsstelle der Placenta bildet also eine schwächere Partie der Corpuswand. In Folge dessen wird sie durch ihre eigene Kontraktion weniger wie die übrigen Corpusabschnitte verkleinert, dagegen durch den intra-uterinen Druck stärker gedehnt. Diese relative Schwäche der Placentarstelle hat eine hohe physiologische Bedeutung, durch sie wird bis zu einem gewissen Grade die Größe der Placentarstelle unabhängig von den Veränderungen, der die Corpuswand während der Geburt unterworfen ist, durch sie werden Störungen der Placentarcirkulation vorgebeugt und eine frühzeitige Lösung der Placenta verhindert. Andererseits kann eine zu geringe Entwicklung der Muscularis an der Placentarstelle zu Placentarretention, Blutungen in der Nachgeburtsperiode (Paralyse der Placentarstelle) Anlass und eine Prädisposition für Spontanruptur in der Schwangerschaft, Inversio uteri etc. geben. Die Faktoren, die eine frühzeitige Lösung der Placenta verhindern, sind also: 1) der intra-uterine Druck, 2) die relative Schwäche der Placentarstelle selbst.

Küstner (Breslau). Methodik der gynäkologischen Laparotomie.

Bei Ergründung der Ursachen, wesshalb die abdominalen Bauchoperationen gefährlicher sind, als die vaginalen, ergab sich das Resultat, dass in erster Linie die intensivere Berührung abdominaler Organe mit den Händen des Operateurs und der Assistenten es sei.

Zweitens kommt in Betracht, dass bei vaginalen Operationen im Falle von Keimübertragung die Ausheilungsbedingungen günstiger sind, als bei abdominalen. Bei vaginaler Operation kann es bei einer beschränkten Entzündung des Beckenperitoneums bleiben; von oben her wird dagegen ein umfänglicherer Theil des Gesammtperitoneums inficirt.

v. Mikulicz hatte früher nachgewiesen, dass die Operationen im Mesogastrium und Epigastrium noch gefährlicher seien, als die im Hypogastrium. Das ist auf dieselben Ursachen zurückzuführen.

Eine weitere Frucht meiner Untersuchungen war der Nachweis, dass das Symptomenbild, welches ein unglücklicher Verlauf nach einer Laparotomie gelegentlich gewinnt, und welches wegen seines rapiden Wechsels zum Ungünstigen als Chok bezeichnet wurde, in den weitaus meisten Fällen nur einer akuten Sepsis entspricht, welche gelegentlich so schnell einsetzen und zum Tode führen kann, dass entzündliche Erscheinungen am Peritoneum nur in minutiöser Form und Ausdehnung vorhanden sein, ja völlig fehlen können.

Schon diese Untersuchungsergebnisse führten zu dem Resultate, dass die antiseptischen Maßnahmen bei abdominalen Operationen erheblich geschärft werden müssen. Hielt ich es vor 2 Jahren für unbedingt nothwendig, dass wenigstens die Assistenten Gummihandschuhe trügen, damit nur der Operateur die Verantwortlichkeit für den Ausgang der Operation zu tragen braucht, so ging ich allmählich weiter und versah wenigstens meine linke Hand mit Gummihandschuh, ließ außerdem Manschetten konstruiren, welche den Unterarm bedeckten, und machte es mir zum Principe, in das Abdomen nur mit der Gummihand einzugehen. Weiter verfolgten wir das Princip, die Abdominalorgane so viel wie möglich nur mit Instrumenten zu betreten, ein Princip, welchem König vor einem Jahre auf dem Chirurgenkongresse Ausdruck gab.

Um die Organe zu fassen und der Bauchwunde zu nähern, konstruirte ich verschieden geformte und verschieden große, sanft fassende, nicht verwundende Zangen.

Operirt Jemand nicht sehr viel, also nicht täglich längere Zeit, so mag er ruhig 2 Gummihandschuhe tragen; operirt er viel, so schützt ein Zwirnhandschuh an einer — der rechten — Hand Daumen und Zeigefinger vortheilhafter vor dem Entstehen von Schnürrillen.

Naturgemäß dürfen alle operativen stumpfen Akte an abdominalen Organen nur mit der gummibehandschuhten Hand vorgenommen werden, das gilt besonders

von der Trennung von Adhäsionen; noch besser wendet man dazu Paquelin oder festgedrehte Tupfer an einer Zange an. Gerade das Abdrücken von Adhäsionen mit der nackten Hand ist ein besonders gefährlicher Akt, ich erinnere Sie an das Experiment Friedrich's mit dem Mäuseschwanz.

Besonders gefährlich waren früher Probeincisionen bei malignen Tumoren mit Ascites. Diese an sich unbedeutenden Eingriffe lieferten eine relativ hohe Mortalitätsziffer — meist unter dem Bilde des Choks. Hier muss ganz besonders peinlich der Keimimport vermieden werden. Einführen einer nackten Hand mit Tupfern zum Austupfen der Ascitesflüssigkeit vermittelt denselben. Besonders gefährlich ist es, wenn eine Lache Ascitesflüssigkeit in der Peritonealhöhle zurückbleibt. Desswegen muss die Flüssigkeit mit einem sterilen Löffel ausgeschöpft werden.

Sorgt man endlich dafür, dass von den Bauchdecken aus eine Keimübertragung nicht stattfinden kann, was beim Ein- und Ausgehen durch die Bauchwunde auch möglich ist, also so, dass man noch vor der Eröffnung des Peritoneums an die Bauchwunde sterile Gummilappen annäht, so sind grobe Keimimporte von außen bei abdominalen Operationen ausgeschlossen, nur unter der Voraussetzung, dass akiurgisch korrekt operirt worden ist; unter der Voraussetzung, dass bei der Operation nicht Organe und Höhlen mit virulenten Mikroben eröffnet worden sind, auch Unglücksfälle.

Wir müssen also die Anforderungen an unsere operative Leistungsfähigkeit höher stellen.

Die überwiegende Mehrzahl der gynäkologischen Abdominaloperationen wird gemacht wegen nicht lebensbedrohender Affektionen.

Unsere Operationen müssen daher nicht bloß lebenssicher, sondern auch derart sein, dass nach ihnen nicht Zustände zurückbleiben, welche eine Gefahr bedeuten oder involviren: Bauchbrüche und Adhäsionen. Die Adhäsionen können gelegentlich lebensgefährlich werden, Ileus bedingen.

Die Adhäsionen werden durch Entzündung in Folge von Keimwirkung erzeugt und durch mechanische Endothelabschindung. Über die Vermeidung der Keimübertragung ist gesprochen; für die Vermeidung der Epithelschindung gilt: alle Organe, welche im Abdomen zurückbleiben, möglichst zart anfassen, nicht mit verwundenden Zangen; kleine Wunden werden am vortheilhaftesten verschorft. Der Brandschorf schützt, wie auch durch Veit's Schüler ten Brink nachgewiesen ist, eher vor Verlöthung, als dass er ihr Entstehen begünstigt. Der Brandschorf darf aber nur mit einem Paquelin gesetzt werden, welcher mit steriler, steril bleibender Handhabe angefasst wird. Der Paquelinstiel, bloß mit Gaze umwickelt, ist äußerst gefährlich.

Wo man nekrotisirende Stümpfe vermeiden kann, soll man sie vermeiden. So unterbinde ich abzusetzende Tuben, Ovarien, Ovarientumoren, myomatöse Uteri nicht mehr prophylaktisch, sondern schneide, nachdem uns Gubaroff die Vaskularisation dieser Theile gelehrt hat, sie einfach mit ein paar Scherenschlägen ab, klemme und unterbinde die spritzenden Gefäße und vernähe über den Unterbindungen das Peritoneum.

Nach diesen Principien ausgeführt, ist, glaube ich, die Laparotomie in den Kardinalpunkten leistungsfähiger, als die Kolpotomie. Das Wühlen und Drücken, das Berühren von Organen, welche wieder in das Abdomen zurückgebracht werden, also bei konservirenden Adnex-, bei konservirenden Myomoperationen, der Kontakt dieser Organe mit der Scheide sind Nachtheile der Kolpotomie, welche die nach den geschilderten Principien gemachte Laparotomie nicht treffen.

Endlich können wir die Laparotomie für außerordentlich viele Fälle so gestalten, dass der Kosmetik in der berechtigtsten und weitgehendsten Weise Rechnung getragen wird. Eine lineare Narbe auf dem Abdomen, zumal einem virginalen, entstellt unter allen Umständen.

Ich theilte vor einigen Jahren in dem, wie ich es nannte, suprasymphysären Kreuzschnitte eine Methode der Laparotomie mit, bei welcher eine sichtbare Narbe nicht bleibt. Es wird quer im Bereiche des Haarwuchses bis

auf die Fascie eingeschnitten, dieser Schnitt diagonal aus einander gezogen, nach oben zu vertieft und dann in der Medianlinie Fascie, Muskel und Peritoneum durchtrennt. Das giebt bei nicht zu fetten Personen eine Öffnung, durch welche eine halbe, ja eine ganze Hand in das Abdomen eindringen kann, eine Öffnung, von welcher aus man in der ausgiebigsten Weise an den inneren Genitalien Korrekturen vornehmen kann. Ich habe außer einer vorläufigen Mittheilung über diese Methode nichts wieder veröffentlicht; in eingehender Weise hat sie von Seiten Pfannenstiel's und Strassmann's Beachtung gefunden.

Jetzt blicke ich auf über 100 Fälle zurück. Es hat sich im Laufe der weiteren Erfahrung an meinem Materiale ergeben, dass nicht nur, wie ich meinte, einfachere Adnexoperationen, Lösung perimetritischer Adhäsionen und Lagekorrekturen des Uterus diesem Verfahren entfielen, sondern dass es in den Dienst eines ganz beträchtlichen Theiles der gynäkologischen Abdominalchirurgie gestellt werden kann.

Ich habe ganz große, bis zum Rippenbogen reichende Ovarialtumoren vermittels dieses Schnittes entfernt, in einigen Fällen sogar solche, welche in ihrem ganzen Umfange adhärent waren. Die Trennung der Flächenadhärenzen erfolgte in solchen Fällen mittels harten Tupfers an der Zange.

Zudem muss ich erwähnen, dass in keinem der Fälle, in welchen dieses Verfahren angewandt wurde, eine Bauchhernie, auch nicht die leiseste Andeutung einer solchen, zur Beobachtung gekommen ist. Kontrollirt sind sehr viele Fälle, mehr als $^3/_4$ der Operirten. Sonach lässt kein Laparotomieverfahren mit der Sicherheit wie der suprasymphysäre Kreuzschnitt Bauchhernien vermeiden.

Es ist wohl nichts natürlicher, als dass sich die Fragestellung, ob Kolpotomie, ob Laparotomie, immer mehr zuspitzt. Die Argumentation wird in erster Linie mit großen Zahlen und Mortalitätsstatistiken geführt, denn die treffen ja zweifellos den Kernpunkt. Ich sagte schon, dass, wenn man nach den von mir angegebenen Principien operirt, keine akiurgischen Fehler macht, kein Unglück passirt, dass dann die Mortalität bei der Laparotomie auf ein Minimum sinken kann, wie bei der Kolpotomie. Um eine Schattirung mag bei der Laparotomie die Lebensgefahr vielleicht immer noch höher sein, als bei der Kolpotomie, — ich denke an kleine, leicht zu übersehende und dann übersehene Darmverletzungen nach schwierigen Adhäsionstrennungen. Andererseits aber ist zu bedenken, dass unter Kontrolle des Gesichtes bei der Laparotomie derartige Verletzungen seltener vorkommen, und wenn sie sich ereignet haben, leichter und sicherer sich versorgen lassen, als von der Scheide aus. Gerade im Punkte der Adhäsionstrennung, der Trennung von Intestinalverwachsungen ist die Operation von oben der von unten weit überlegen.

Was die höher gesteckten Ideale betrifft, die Vermeidung von Adhäsionen nach der Operation, so ist die Laparotomie, nach den von mir dargelegten Principien ausgeführt, leistungsfähiger, als die Kolpotomie.

Albert (Dresden). Der Keimgehalt der graviden Uterushöhle.

A. verweist zunächst auf eine Arbeit von ihm, welche im Archiv für Gynäkologie Bd. LXIII Hft. 3 erschienen ist, und in welcher er den Nachweis zu erbringen versuchte, dass außer Gonokokken auch andere Mikroben im schwangeren Uterus leben können, welche unter gewissen Bedingungen Störungen in der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbette hervorrufen, und er bezeichnete diesen krankhaften Zustand als latente Mikrobenendometritis. Als Analogon dient hauptsächlich die latente Gonorrhoe der weiblichen Genitalien, aber auch die latente Infektion anderer Körperhöhlen, u. A. besonders die des Darmes mit Bacterium coli und selbst mit Streptokokken. Schwierigkeiten, die sich bei seinen Untersuchungen boten, waren 1) die, dass er zuerst, wie viele andere Untersucher auf die Placentarstelle bezw. die Placenta selbst sein Augenmerk richtete, während die deutlichsten Veränderungen in der Reflexa und Vera zu suchen sind; 2) sind die gefundenen Bakterien außerordentlich klein und schwach färbbar, und 3) sind die Kokken sehr leicht zu verwechseln mit eben so gefärbten und ähnlich geformten Zerfallsprodukten in eitrig infiltrirten oder nekrotischen Stellen.

Bakteriologische Sicherstellung der Keimarten steht noch aus.

Die mit der Gravidität im Zusammenhange stehenden Erkrankungen oder pathologischen Erscheinungen, welche für solche Untersuchungen geeignet sind, lassen sich eintheilen in solche Anomalien, welche auf Intoxikation, und solche, welche auf Infektion beruhen. Zu der 1. Gruppe gehören, abgesehen von Kopfschmerzen, Verdauungs- und nervösen Beschwerden die Hyperemesis, Nephritis und Eklampsie, zu der 2. Gruppe: 1) Aborte, 2) Frühgeburten (soweit sie nicht auf Erkrankungen des Eies beruhen), 3) die sog. Endometritis post abortum, 4) Erkrankungen der Placenta, wie Infarkte und abnorm feste Adhärenz, 5) Wehenschwäche intra und post partum, nebst 6) den (bei Nephritis berüchtigten) atonischen Nachblutungen, 7) Fieber während oder kurz nach der Geburt, 8) Tympania uteri, 9) vorzeitiger Blasensprung, 10) Hydrorrhoea gravidarum (letztere wäre als Endometritis exsudativa auf infektiöser Basis beruhend zu betrachten, der vorzeitige Blasensprung als Folge einer eitrigen Einschmelzung von Decidua vera und reflexa und Chorion, event. auch des Amnion).

A. fand unter 20 geeigneten Fällen 6mal mit Sicherheit und einwandsfrei Mikroben zum Theil in großer Zahl, 6mal Mikroben nicht ganz einwandsfrei, 8mal keine Keime, aber schwere entzündliche und umschriebene eitrige Veränderungen der Decidua. Dass sich solche Erkrankungen auch ins Wochenbett fortsetzen und schweres Fieber erzeugen können, hat A. in der Eingangs erwähnten Arbeit auf das Eingehendste erörtert.

Schließlich bittet A., diese Mittheilungen nicht als unbedingt abgeschlossen betrachten zu wollen, doch möchten Geübtere und Erfahrenere, als er es sei, auf dieser Grundlage weiterbauen.

Ziegenspeck (München). Die Bedeutung der Douglas'schen Falten für die Lage des Uterus.

Die Muskeln der Douglas'schen Falten haben nicht die Bedeutung selbständiger Muskeln, sie sind Ausläufer der Muskulatur des Uterus und nicht geeignet, einen Einfluss auf die Lage desselben auszuüben. In Folge dessen kann es auch keine durch Erschlaffung der Douglasfalten bedingte Retroflexion geben. Wenn die Erschlaffung der »Mm. retractores uteri« die Ursache der Retroflexion wäre, so müsste die Bewegbarkeit des Uterus nach vorn und unten merklich erhöht sein, während sie in anderen Richtungen nicht vermindert sein dürfte. Bei Beweglichkeitsversuchen an Leichen fand aber Z. bei allen Retroflexionen ausnahmslos eine starke Beweglichkeit nach oben. Die Retroflexio uteri wird also zumeist nicht durch Erschlaffung des Bandapparates, sondern durch Fixationen der Cervix veranlasst.

Halban (Wien). Beitrag zur Lehre von der Menstruation.

Nach der bisher für die Erklärung der Menstruation gültigen Theorie wird dieselbe reflektorisch ausgelöst durch den Reiz, den das reifende Graaf'sche Follikel auf die Ovarialnerven ausübt. Folgende Versuche, die H. anstellte, sprechen dafür, dass die Menstruation nicht durch diesen mechanischen Reiz bedingt sein kann. 4 Pavianen wurden die Ovarien exstirpirt und subkutan wieder eingeheilt. 2 davon menstruirten weiter; von den nicht weiter menstruirten Thieren war das eine tuberkulös geworden, bei dem anderen war nur wenig Ovarialsubstanz eingeheilt. In den beiden Fällen mit positivem Resultate verschwand die Menstruation, als die transplantirten Ovarien operativ entfernt wurden.

An Stelle der mechanischen Theorie Pflüger's muss ein chemischer Einfluss der Ovarien für das Zustandekommen der Menstruation angenommen werden, der so zu denken ist, dass durch die innere Sekretion der Ovarien Stoffe in den Kreislauf gelangen, die den Reiz für den Eintritt der Menstruation abgeben.

Für den Kongress angemeldeter, aber nicht gehaltener Vortrag.

L. Meyer. Über Neuritis (?) cruralis im Wochenbette.

M. H.! Das Krankheitsbild, das ich mir erlaube vor Ihnen zu erwähnen, scheint mir in mehreren Beziehungen beachtenswerth, einerseits wegen seiner ver-

hältnismäßig recht großen Häufigkeit und wegen der scheinbaren Bedrohlichkeit der Symptome, andererseits wegen der Schnelligkeit, womit diese wieder schwinden, und dann hauptsächlich wegen der, wie es mir scheint, schwer erklärbaren Pathogenese des Leidens. Das Krankheitsbild ist in der Mehrzahl der Fälle ganz typisch. Ohne dass irgend welche Vorfälle bei der Geburt so etwas haben befürchten lassen, fängt die Wöchnerin am 2.—4. Tage nach der Entbindung an über Schmerzen und Schwere in dem Schenkel zu klagen. Eine nähere Untersuchung ergiebt nun, dass die Wöchnerin das gestreckte Bein von der Unterlage nicht zu heben vermag; alle anderen Bewegungen sind völlig frei: Rotation nach innen und außen; Ab- und Adduktion; Beugung und Streckung im Kniegelenke; alle Bewegungen des Fußes und der Zehen; nur die Flexion im Hüftgelenke ist behindert oder mit anderen Worten nur die Funktion des Ileo-Psoas ist gestört. Die Schmerzen werden gewöhnlich über dem Knie lokalisirt und dann an der Vorderseite des Schenkels, bald mehr nach innen, bald mehr nach außen. In einigen Fällen ist es die Behinderung der Bewegung, die die Kranke am meisten belästigt, in anderen Fällen die Schmerzen, die aber nur ausnahmsweise sehr heftig werden. Die Extremität bietet übrigens nichts Abnormes; keine Ödeme; die Haut ist natürlich. Untersucht man aber näher, findet man eine sehr starke Druckempfindlichkeit an einer ganz umschriebenen Stelle unter dem Poupart'schen Bande, und zwar der Austrittsstelle des M. cruralis genau entsprechend. Die Schmerzhaftigkeit dieser Stelle tritt auch bei passiver Bewegung des Schenkels stark hervor. Temperatur und Puls können ganz unbeeinflusst bleiben; eine Temperaturerhöhung von einigen Zehntel wird doch öfters beobachtet; ob die Temperatur (im Mastdarme gemessen) allein durch diese Affektion über 38° steigen kann, muss ich dahin gestellt lassen, bin aber geneigt, es als wahrscheinlich anzusehen.

Nach 2—3 Tagen hören gewöhnlich die Schmerzen auf, die Bewegung im Hüftgelenke wird allmählich freier, und am 8.—10. Tage nach der Entbindung sind alle Symptome verschwunden.

Ich habe diese Affektion unter den letzten 1000 Wöchnerinnen in der Kgl. Entbindungsanstalt zu Kopenhagen 17mal beobachtet, bin somit berechtigt, dieselbe verhältnismäßig häufig vorkommend zu nennen. Es waren 13 Primaparae, 3 IIparae, 1 IIIpara (unter den 1000 Wöchnerinnen waren 635 Iparae). Die Kinder waren nicht besonders groß, die meisten wogen 3000—3500 g, das größte 4100, das kleinste 1950 g. 1mal Zwillinge. 15mal Hinterhauptslage, 2 Beckenendlagen, 1 Fußlage. In diesen 3 Fällen Lösung der Arme und Herausleiten des Kopfes. 1mal tiefe Zange (wegen Herzkrankheit der Mutter); die übrigen Endbindungen spontan. 3mal Abnormitäten am Becken, 2mal allgemein verengtes Becken geringen Grades; leichte spontane Geburt eines Kindes von 3000 resp. 3200 g. 1mal eine Exostose an jeder Symphysis sacro-iliaca; leichte, spontane Geburt eines Kindes von 2900 g.

Im Wochenbette traten öfters leichtere Störungen auf; in keinem Falle ließ sich ein Exsudat im Becken nachweisen. In einem Falle fanden sich am 6. bis 12. Wochenbettstage Anzeichen einer Pneumonie; Wochenfluss stinkend. Erst am 18. Tage stellte sich das hier erwähnte Krankheitsbild (beiderseitig) ein; als die Kranke 8 Tage später entlassen wurde, waren alle Symptome geschwunden. Dies ist der einzige Fall, wo ich ein solches spätes Eintreten der Symptome beobachtet habe.

10mal war das Leiden einseitig (und zwar 5mal rechtsseitig, 4mal linksseitig, 1mal nicht notirt), 7mal doppelseitig.

Welcher Natur ist nun diese Affektion, welche ist ihre Pathogenese? Dass der N. cruralis afficirt ist, scheint mir außer allem Zweifel: der Sitz der Schmer-

---

[1] Der Assistent der Entbindungsanstalt, Dr. H. P. Ernst (welcher die Affektion in »Bibliothek for Läger«, 1900, beschrieben hat), fand durch genaue Palpation der Antrittsstelle des Nerven, und wenn er selbst die leichtesten Fälle mitrechnete, sogar unter 800 Wöchnerinnen die Affektion 30mal.

zen (N. cutan. femoris ant., medius et int.), die Druckempfindlichkeit des Nerven, die Lähmung des von diesem direkt versorgten M. ileo-psoas. Von einer **Neuritis** darf man wohl aber kaum sprechen — allein die Schnelligkeit, mit der die Symptome sich wieder verlieren, wird gegen diese Benennung sprechen. Eine **Neuropathie** kann man es nennen, das heißt ja nur in aller Kürze zu sagen, dass man nicht weiß, um was es sich dreht.

Und nun die Pathogenese dieses Leidens? In den mechanischen Vorgängen bei der Geburt werden wir, glaube ich, sicherlich keine Erklärung finden. Von einem Drucke seitens des Kopfes kann gewiss keine Rede sein; dafür liegt einerseits der Nerv gar zu gut geschützt, andererseits war von einer schweren Entbindung in keinem Falle die Rede. Bei einer 1. Lage wurde eben so gut das rechte wie das linke Bein afficirt, und umgekehrt.

Was nun die übrigen Umstände betrifft, die für das Entstehen von Nervenaffektionen im Wochenbette gewöhnlich beschuldigt werden, können wir auch die meisten derselben hier ausschließen. Von einer Intoxikation durch Antiseptica können wir völlig absehen; Scheidenausspülungen sind nicht verwendet worden, — eine leichte Abreibung der äußeren Geschlechtstheile mit einer 2—3%igen Karbollösung verursacht gewiss nicht eine toxische Neuropathie bei 17 Wöchnerinnen unter 1000. Eine septische Neuritis ist ebenfalls ausgeschlossen — schon das frühzeitige Auftreten im Wochenbette spricht dagegen, und wir haben außerdem, wie schon gesagt, in unseren Fällen wohl leichte Störungen, aber keine septischen Erscheinungen beobachtet. Druck seitens eines Beckenexsudates ist auch ausgeschlossen.

Wie bei vielen anderen Vorgängen in der Schwangerschaft und im Wochenbette werden dann die Gedanken zu der Möglichkeit einer **Autointoxikation** hingeleitet.

Ich habe mir erlaubt, Ihre Aufmerksamkeit auf diese Affektion zu lenken, obgleich ich, wie gesagt, für dieselbe keine Erklärung zu geben vermag, weil ich dieselbe merkwürdigerweise fast nirgends erwähnt finde. Nur bei F. v. **Winckel**: »Die Pathologie und Therapie des Wochenbettes«[2] finde ich eine Affektion erwähnt, die, wie ich glaube, mit der hier beschriebenen identisch ist. Besonders für den jungen Arzt ist es doch von Wichtigkeit, die Affektion zu kennen; sonst ist man zu leicht geneigt, eine viel zu trübe Prognose zu stellen. Von einer Behandlung kann man völlig absehen; nur selten ist ein Narkoticum erforderlich (z. B. wenn die Schmerzen den Schlaf stören).

I.

(Aus der Greifswalder Universitäts-Frauenklink, Prof. A. **Martin**.)

Strychnin als Peristaltik anregendes Mittel nach gynäkologischen Operationen in der Bauchhöhle.

Von

Dr. **Hermann Grube**, Assistenzarzt der Klinik.

Eine der bedenklichsten Erkrankungen, die nur allzu häufig jeder Therapie spottet, ist der Ileus, d. h. jene Summe von bekannten Allgemeinerscheinungen, die sowohl dem praktischen Arzte, wie auch besonders dem Bauchhöhlenchirurgen eine gefürchtete Crux sind. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um eine mechanische Verlegung des Darmlumens, mag sie nun durch anormale Lage-

[2] 3. Auflage, p. 478 u. 482.

veränderungen des Darmes, innere und äußere Einklemmungen, Achsendrehung, Invagination hervorgerufen werden, oder ätiologisch auf Geschwülste, die entweder von außen her, als Nieren- oder Adnextumoren, oder von innen her als primäres Carcinom des Darmes selbst sein Lumen verlegen, zurückzuführen sein. Als eine zweite Form von Darmverlegung ist jene zu erwähnen, welche durch abnorme Innervationsvorgänge in der Darmmuskulatur verursacht wird und auf dem Boden einer gestörten oder gänzlich aufgehobenen Darmperistaltik zu sekundärer Stauung von Kothmassen und schließlich zur Verlegung des Lumens durch letztere mit allen ihren verhängnisvollen Folgen führt. Hierher gehört die Darmlähmung nach übermäßigem Gebrauche von Abführmitteln, bei Gehirn- und Rückenmarksleiden, bei Verletzung durch Stoß oder Schlag von außen und schließlich nicht zum wenigsten bei septischen in der Bauchhöhle sich abspielenden Processen. In gleicher Weise sind auch jene Fälle von Ileus nach einer glücklich gelungenen Taxis eines eingeklemmten Bruches, nach Laparotomien, bei denen aus irgend einem Grunde ein Insult des Darmes durch Kompression, Anfassen mit der Hand, oder Temperatureinflüsse, Einwirkungen der Außenluft erfolgte, auf Rechnung einer Störung in der Innervation zu setzen, die in häufig und sorgfältig beobachteten Fällen nicht der Infektion zur Last zu legen ist, sondern ätiologisch einzig und allein durch die erwähnten mechanischen Insulte bedingt ist[1]. Steht der Operateur auf dem Standpunkte, bei ileusartigen Erscheinungen sofort einzugreifen, so wird er manche Enttäuschung erleben, und zumal der postoperative Ileus wird wegen der Schwierigkeit der Indikationsstellung stets sein Schmerzenskind bleiben. Die sekundäre Laparotomie wird ihn in vielen Fällen sofort von dem Vorhandensein einer septischen Peritonitis überzeugen. Nach Durchschneidung der Peritonealnaht drängen sich sofort stark aufgetriebene, opak aussehende, mit Hämorrhagien durchsetzte, bei vorgeschritteneren Fällen mit schmierig rahmigem Eiter belegte Darmschlingen in die Wunde. Flüssiger, blutig tingirter Eiter findet sich häufig im Cavum Douglasii. Seine mikroskopische Untersuchung ergiebt eine reichliche Flora der verschiedensten Bakterien, unter denen Streptokokken und Staphylokokken neben dem Bacillus coli in Menge gefunden werden. Zu einer Therapie, mag sie nun in Kochsalzausspülungen des Peritonealraumes, sekundärer Tamponade etc. bestehen, ist es in einem solchen Falle natürlich zu spät. Aber auch die Behandlung der ohne Eiterung einhergehenden Fälle, die pathologisch-anatomisch mit Peritonitis in Verbindung zu bringende Veränderungen nicht erkennen lassen, ist wenig dankbar. Häufig geben sie dem Operateur die Möglichkeit, durch Verklebung und Verlagerung hervorgerufene Kothstauungen zu beseitigen nur, um ihm nach vermeintlich geglückter Operation nach einigen Tagen auf dem Sektionstische

---

[1] Fritsch giebt seinen Verlust an reinem Ileus post operationem auf 1,6% an.

zu zeigen, dass gleiche oder ganz ähnliche Verklebungen und Verlagerungen an Stelle der beseitigten getreten sind, und dass trotz aller aufgewandten Mühe, Ausstreichen des Darmes etc. die Paralyse desselben ungestört ihren Fortgang genommen hat. Neben der Peritonitis, neben der mechanischen Verlegung besteht eben zugleich eine Schädigung der nervösen, die Muskulatur des Darmes und durch sie die Peristaltik beeinflussenden Elemente, die durch eine sekundäre Laparotomie vielleicht eher verstärkt als gehoben wird. Der Darm bedarf zur Bewegung seines Inhaltes an sich schon einer gewissen Kraft, er bedarf ihrer aber in noch höherem Grade, wenn er denselben durch Hindernisse hindurchführen soll. Ohne daher weiter auf die Ätiologie des wirklichen oder sog. Pseudoileus, (Peritonitis mit ileusartigen Erscheinungen), zwischen denen eine Differentialdiagnose zu stellen nach unserer Auffassung unmöglich ist, einzugehen, möchten wir unseren Standpunkt dahin fixiren, dass bei der unsicheren Diagnose und bei der noch unsichereren Therapie quoad sekundären Eingriff bei Erscheinungen von Ileus uns jedes Mittel recht sein muss, das uns Aussicht bietet, die gestörte Innervation des Darmes zu heben und durch Anregung der Peristaltik den Darminhalt, Koth und Gase, event. sogar mit Überwindung von Hindernissen, hinwegzuschaffen. Die Wichtigkeit der Erfüllung dieser Forderung ist wohl allen Operateuren klar geworden, und per os oder per anum versuchte man ihr gerecht zu werden. Purgantien irgend welcher Art, einige Tage nach der Operation gegeben, rectale Einläufe mit medikamentösem Zusatz, meistens Kochsalz oder Glycerin, kamen mit größerem oder geringerem Erfolge zur Anwendung. Aber beide versagen in einer großen Anzahl von Fällen, resp. lassen sich erst dann therapeutisch versuchen, wenn es zu spät ist. Einführung von Medikamenten per os verbietet das häufig tagelang anhaltende Erbrechen in Folge der Narkose, das einerseits das eingeführte Medikament unresorbirt wieder herausschafft, andererseits aber auch lediglich das Symptom einer in ihrer Funktion schon länger geschädigten Magenschleimhaut ist, die der Schonung dringend bedarf. Rectale Einläufe sind wegen Verletzung der Darmwand kontraindicirt und erreichen auch die Gegend des Darmes, auf die eingewirkt werden soll, besonders den Dünndarm nicht. Fernerhin werden auch Damm- und Scheidenplastiken bei nicht ganz exakter Einführung des Einlaufrohres nur allzu leicht beschädigt. Es resultirte aus den geschilderten Verhältnissen der begreifliche Wunsch, auf eine andere wirksamere Weise auf die gestörte Innervation des Darmes einzuwirken und unter Vermeidung der Nachtheile der anderen gebräuchlichen Methoden Gleiches oder Besseres zu erreichen. Die Erregbarkeit des gesammten Darmgebietes auf dem Wege des Reflexes schien uns den richtigen Angriffspunkt für unsere Bestrebungen zu bieten, und so haben wir in einer Reihe von Fällen durch Gaben von Strychnin per os oder subkutan auf die Peristaltik und den Tonus der Darmmuskulatur einzuwirken versucht in der

Erwägung, dass eine Beeinflussung der Reflexerregbarkeit im positiven Sinne am ersten geeignet sei, nicht nur die durch lokale Insulte gesetzten Lähmungen zu heben, sondern dass sie auch der durch Chloroform und event. Morphiumgaben herabgesetzten Erregbarkeit entgegen zu arbeiten fähig sei. Als nervöses Centrum für die Auslösung der Wirkungen des Strychnins fassen wir mit Braatz die graue Substanz der Medulla spinalis und oblongata auf, indem wir mit dem genannten Autor annehmen, dass durch die Einverleibung des Strychnins die Erregbarkeit der Ganglienzellen im Reflexbogen des Rückenmarkes erhöht wird. Sie sind nach Freusberg, dessen hochinteressante, an Fröschen und Hunden vorgenommene Thierversuche den Einfluss des Lendenmarkes auf die Reflexerregbarkeit des Muskeltonus der unteren Extremitäten nach Durchschneidung desselben festgestellt haben, die nächsten Innervationscentren für die Organe der vegetativen Processe, für die Eingeweide und Blutgefäße, die nicht in entlegenen Gehirntheilen, sondern in der Nachbarschaft der Einsenkung der betreffenden Nerven ins Rückenmark liegen. Eine weitere physiologische Basis erhalten unsere Versuche durch eine neuere aus dem Greifswalder pharmakologischen Institute (Geh.-Rath Schulz) hervorgegangene Dissertation von Foerster, in der die Wirkung von Strychnin an 5 gesunden Kandidaten der Medicin, in tinctura per os gegeben, festgestellt wird. Neben anderen Reaktionsäußerungen werden hinsichtlich des Verdauungstractus Appetitsteigerung bis zum Heißhunger, Diarrhöe, aber auch Obstipation, Tenesmus, kolikartige, nicht näher lokalisirbare Schmerzen im Abdomen festgestellt.

Therapeutisch speciell hinsichtlich des Verdauungstractus ist Strychnin oder vielmehr die das Strychnin enthaltende Frucht, die Brechnuss, schon verwerthet worden im 16. Jahrhundert, als Mittel gegen Pest und gegen typhöse Erkrankungen, späterhin als Mittel gegen die Cholera, gegen Magenkrampf, chronischen Magenkatarrh und sog. Verdauungsschwäche.

Genauere Angaben machen Bardsley und H. Hendley. Ersterer hat bei Atonie der Darmmuskulatur und daraus resultirender Obstipation, aber auch bei chronischen Durchfällen Strychnin mit Erfolg verwendet und Letzterer Strychnin im Verein mit Digitalis oder Natron salicylicum in Indien bei persistirenden Durchfällen Eingeborener und Fremder gegeben und empfiehlt es mit größter Wärme.

Als Mittel gegen den postoperativen Ileus regt zu seiner Benutzung zuerst A. Martin an in seinem Buche »Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten«. Seinem Vorschlage folgend habe ich die nachstehenden therapeutischen Versuche angestellt, die, wenn sie auch zu einem abschließenden Resultate nicht haben führen können, zu einer Nachprüfung entschieden auffordern.

Gegeben wurde nur das salpetersaure Strychnin und zwar in einer Serie von 32 unausgesuchten Fällen in Pillenform per os, die

erste Pille 24 Stunden post operationem, die zweite Pille 3 Stunden später. Jede Pille enthielt 0,0025 Strychnin, die Gesammtgabe betrug also 0,005 g in gut 3 Stunden. Von der Darreichung per os kamen wir nach Gebrauch in diesen 32 Fällen zurück, da eine Wirkung, sei es wegen der geringen Dosis oder weil die Strychninresorption vom Magen aus langsamer und weniger energisch vor sich ging und auch die gegebene Dosis häufiger ganz oder theilweise erbrochen wurde, in den meisten Fällen ausblieb, ab und verabreichten fortan Strychnin lediglich subkutan, theilweise auch beeinflusst durch die Erfolge der Thierversuche, die Prof. Falck von Karl Riemschneider im Kieler pharmakologischen Institute ausführen ließ und die im Gegensatze zu den Rossbach und Jochelsohn'schen Versuchen im Jahre 1873 die allgemeine Wirkung gleicher Gaben von Strychnin subkutan höher bewertheten, als per os. Zu gleicher Zeit stiegen wir auch mit der Dosis und gaben nunmehr in einer Serie von 35 unausgesuchten Fällen subkutan als erste Dosis 0,003 g 24 Stunden post operationem; trat keine Wirkung ein, 3 Stunden später nochmals 0,003 g, und trat auch dann keine Wirkung ein, nach abermals 3 Stunden 0,004 g. Insgesammt also innerhalb gut 6 Stunden die Maximaleinzeldosis 0,01 g. Bei beiden Serien wurde nach Versagen der letzten Dosis schon nach ca. 3—4 Stunden ein Glycerineinlauf von 30 g, in einigen Fällen auch ein Kochsalzeinlauf (ca. 1 Liter 0,6%ige Lösung) gegeben, auf welche nach kürzerer oder längerer Zeit, spätestens aber in 4—5 Stunden Flatus abgingen.

Nachstehende Tabellen geben einen Überblick über die erzielten Wirkungen:

Erste Serie von 32 Fällen.

	Laparotomien 4	Kolpotomien inkl. 2 Totalexstirpationen per vaginam 28
Flatus nach Strychnin in	1 Falle, in dem vorher kein Morphium gegeben war	in 7 Fällen, von denen vorher 3 Morphium bekommen hatten
Strychnin versagt, Flatus nach Einlauf in	3 Fällen, von denen einer Morphium bekommen hatte (Exitus)	in 21 Fällen, von denen vorher 4 Morphium bekommen hatten
Auf Strychninwirkung wahrscheinlich zu beziehendes Erbrechen in	2 Fällen	in 3 Fällen
Ikterus in.	1 Falle	in 2 Fällen
Muskelschmerzen in . . .	1 Falle	in 2 Fällen

Flatus erfolgten demnach auf Strychnin in 25% Fällen bei Laparotomien und in 25% Fällen von Kolpotomie resp. Totalexstirpation.

Zweite Serie von 35 Fällen.

	Laparotomien 7	Kolpotomien 28
Flatus in.	6 Fällen, davon keiner Morphium	in 21 Fällen, davon 7 Morphium

Strychnin versagte, Flatus nach Einlauf in	1 Falle, in dem Morphium gegeben wurde	in 7 Fällen, davon 3 Morphium
Auf Strychninwirkung wahrscheinlich zu beziehendes Erbrechen in	0 Fällen	in 1 Falle
Ikterus in	0 »	in 0 Fällen
Muskelschmerzen in . . .	0 »	in 5 »

Flatus erfolgten demnach nach subkutanen Strychningaben in 86% bei Laparotomien, in 75% bei Kolpotomien.

Bei der Bewerthung der erzielten Resultate ist zunächst dem Einwande zu begegnen, dass Flatus auch ohne Strychningabe erfolgt sein würden. Dieser Einwand erscheint uns hinfällig, denn von insgesammt 67 Fällen haben 32 in der Beobachtungszeit überhaupt keine Flatus gehabt, hätten sie also auch wohl ohne Strychnin nicht gehabt, und hiervon ist besonders die erste Serie, bei welcher, wie wir erwähnten, das Strychnin aus verschiedenen Gründen jedenfalls häufiger nicht zur Resorption kam, mit 24 Fällen betheiligt. Gerade diese 24 Fälle können wir also wohl mit Fug und Recht 24 Fällen, in denen Strychnin überhaupt nicht gegeben wurde, gleichstellen. In suspenso muss natürlich bleiben, ob diese nämlichen 24 Fälle in späterer Zeit nicht auch ohne Strychnin und Glycerin resp. Kochsalzeinlauf dennoch Flatus entleert hätten. Es sind das kritische Bemerkungen, die man über jeden Versuch, der sich auf klinische Erfolge therapeutischer Maßnahmen stützt, machen kann. Am ehesten sind noch Bedenken hinsichtlich der Zahl unserer Beobachtungen gerechtfertigt. Wie wir schon oben äußerten, sind wir auch weit entfernt, bindende Schlüsse zu ziehen; das aber möchten mir bemerken, dass ein Vergleich zwischen den Erfolgen von Serie I u. II entschieden darauf hinweist, weitere Versuche mit der subkutanen Methode zu machen, sind doch die Procentverhältnisse der Wirkungen in beiden Serien bei Laparotomien I : II = 25 : 86,
bei Kolpotomien I : II = 25 : 75
in die Augen fallende.

Von Einfluss auf die Entwicklung von Peristaltik post operationem ist sicherlich auch die Art der Vorbereitung des betreffenden Pat. Hierzu ist zu bemerken, dass alle 67 Pat. am Abend vor der Operation 1 Esslöffel Ricinusöl bekommen haben und früh Morgens 3 bis 4 Stunden vor der Operation einen Wassereinlauf. Opium, das von sehr vielen Operateuren ante operationem gegeben wird, kam nicht zur Anwendung. Bald nach der Operation erhielt eine Anzahl von Pat. Morphium. Dasselbe scheint die Entwicklung der Peristaltik kaum ungünstig zu beeinflussen, indem dasselbe nur um einen geringen Procentsatz öfter gegeben wurde in Fällen des Ausbleibens eines Erfolges. Die ungünstige Wirkung des Chloroforms auf die Peristaltik scheint uns auf Grund seiner allgemein lähmenden Eigenschaften wahrscheinlich. Ob der in einer Anzahl von Fällen beobachtete Ikterus als eine Wirkung des Strychnins aufzufassen ist,

oder vielmehr auf Rechnung eines Magen-Darmkatarrhs in Folge der Chloroformnarkose zu setzen ist, muss eben so unentschieden bleiben, wie die Frage nach der Ätiologie der beobachteten Muskelschmerzen. Am ehesten wären noch letztere mit dem Strychnin in Zusammenhang zu bringen, worauf auch einzelne gleiche Beobachtungen von Förster hinweisen. Auf der anderen Seite können dieselben aber auch durch das Liegen in ungewohnter Position auf einem harten Tische bedingt gewesen sein. Jedenfalls wurden ausgeprägte Krämpfe klonischer oder tonischer Natur nicht beobachtet.

Die durch Sektion erhaltenen Organe (Leber, Niere) eines zum Exitus gekommenen Falles ergaben trotz sorgfältigster Untersuchung im chemischen Institute der Universität 48 Stunden nach der letzten subkutanen Gabe auch nicht die Spur Strychnin, so dass ein baldiges Wiederausscheiden des Medikamentes wahrscheinlich ist.

Auf Grund der vorstehend geschilderten Versuche nehmen wir keinen Anstand, die Weiterprüfung der Wirkung subkutaner Strychningaben auf die Darmperistaltik unter Betonung ihrer Ungefährlichkeit bei vorsichtiger Anwendung zu empfehlen.

Litteratur:

1) 1) Husemann, Pflanzenstoffe.

2) Freusberg, Über die Wirkung des Strychnins und Bemerkungen über die reflektorische Erregung der Nervencentren. 1875.

3) Fritsch, Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 1891—92.

4) Olshausen, Die abdominalen Myomoperationen (Veit's Handbuch der Gynäkologie).

5) Pfannenstiel, Die Erkrankungen des Eierstocks und Nebeneierstocks.

6) Kohler's Medicinalpflanzen.

7) J. H. Murser, On the influence of donage of nux vomica. (Therapeutic Gaz. X. 1886.)

8) Riemschneider, Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Strychnins. Kiel, 1901.

9) Knoke, Idem. Kiel, 1897.

10) Seelheim, Idem. Kiel, 1896.

11) Blanck, Über die Wirkungskraft einiger Strychninsalze. Kiel, 1895.

12) Förster, Untersuchungen über die Wirkung der Tinct. strychni. Greifswald, 1898.

II.

Ein neuer Weg zur Exstirpation des carcinomatösen Uterus[1].

Von

Priv.-Doc. Dr. Jos. Alb. Amann,

Vorstand der Kgl. II. gynäkologischen Klinik und der gynäkologischen Abtheilung im allgemeinen Krankenhause l. d. I. zu München.

MH. Wenn wir auch hoffen können, dass eine Zeit kommen wird, in welcher im Anschlusse an die Kenntnis der ätiologischen Momente

[1] Vortrag, gehalten auf dem IX. Gynäkologenkongress in Gießen.

des Carcinoms nichtoperative Maßnahmen zur Verhütung oder auch zur Beseitigung dieser Erkrankung führen werden, so sind wir doch gegenwärtig darauf angewiesen, auf Grund unserer eingehendsten klinischen und anatomischen Beobachtungen in intensiver Weise auf einem operativen Vorgehen zu beharren und dasselbe nach den verschiedensten Richtungen hin möglichst auszubilden.

Das Carcinom ist eine ursprünglich lokale Gewebserkrankung, dringt erst später in andere Organe vor; es ist somit ohne Weiteres klar, dass es im Anfangsstadium durch chirurgische Entfernung des primären Herdes radikal geheilt werden kann. Gerade bei der enormen Wichtigkeit dieses Punktes kann nicht genug auf möglichst exakte histologische Schulung jedes einzelnen Operateurs hingewiesen werden, denn nur durch eingehende Kenntnisse der normalen und pathologischen Veränderungen der Gewebe überhaupt ist eine Frühdiagnose möglich. Gerade am Uterus sind die Verhältnisse beim beginnenden Carcinom manchmal sehr komplicirt. In meinem Vortrage über die Entwicklung des Uteruscarcinoms auf der Wiener Naturforscherversammlung habe ich speciell die vielfachen Analogien der bei Erosion und Ektropium vorkommenden reaktiven Heilungsbestrebungen des Gewebes mit den ersten Stadien der bekanntlich gerade an dieser Stelle so häufig auftretenden destruirenden Carcinomentwicklung genauer besprochen.

Auch feine histologische Details sind hier für die richtige Beurtheilung der Befunde von Bedeutung[2].

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die besseren Resultate der letzteren Jahre zum großen Theil auf einer früheren Diagnose des Carcinoms beruhen und wohl in vielen Fällen gar nicht mit dem Operationswege zusammenhängen.

Für die Art unseres operativen Verfahrens wäre es von der größten Bedeutung zu wissen, wie lange im einzelnen Falle die maligne Erkrankung beschränkt bleibt, wann ein Vordringen in die Nachbarschaft eintritt. Sicher bestehen hier je nach der Wachsthumsenergie der primären Erkrankung einerseits und dem Widerstande des umgebenden Gewebes andererseits bedeutende Verschiedenheiten. Eingehende genaue Untersuchungen anatomischer und klinischer Art haben gezeigt, dass den wichtigsten Weg des Vordringens die Lymphbahnen des sog. Parametriums abgeben und dass erst in zweiter Linie und gewöhnlich viel später die carcinomatöse Infektion in den retroperitonealen Lymphdrüsen meist die großen Gefäße etc. entlang auftritt (Poirier, Peiser, Wertheim, Winter, Williams etc.). Das Uteruscarcinom hat weniger als das Carcinom anderer Organe die Neigung, Drüsenmetastasen zu bilden: da aber letztere doch in einem gewissen Procentsatze der Fälle vor-

[2] Vergleiche J. A. Amann, Neubildungen der Cervicalportion, ferner Lehrbuch der mikroskopisch-gynäkologischen Diagnostik, ferner Kernstrukturen im Uteruscarcinom (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Gynäkologischer Kongress in Wien).

kommen, war man in jüngster Zeit bestrebt, mit der Entfernung des carcinomatösen Uterus auch die Lymphdrüsen zu entfernen, was nur durch eine Erweiterung der Freund'schen abdominalen Methode angestrebt werden konnte (Ries, Rumpf, Wertheim etc.). Soll man nun nur die infiltrirten Lymphdrüsen oder sämmtliche entfernen? Da auch in nicht infiltrirten Drüsen carcinomatöse Degeneration gefunden wurde, wäre es eigentlich nothwendig, in jedem Falle alle Lymphdrüsen zu entfernen. Dies ist aber technisch nicht durchführbar, und über die Erfolge nach Entfernung der infiltrirten Drüsen allein ein endgültiges Urtheil zu fällen, ist die Beobachtungszeit zu kurz, da derartige Operationen erst seit ca. 2 Jahren in größerer Häufigkeit ausgeführt werden.

Über die Wichtigkeit der Ausbreitungsgebiete giebt uns das Studium der Recidive nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus Aufschluss. Nach dem übereinstimmenden Urtheil der Autoren ist das wichtigste Recidiv das lokale, das aus zurückbleibenden Carcinompartien im Beckenboden entsteht. Mit Recht betont Winter, dass die Vermeidung dieses Recidives die erste Aufgabe aller Operationsmethoden ist.

Weiterhin kommt die Impfmetastase und die Drüsenmetastase in Betracht.

Es ist auffallend, dass die vaginale Totalexstirpation, trotzdem sie nur im Stande ist, den Uterus selbst, vielleicht höchstens mit einem kleinen Theile des Parametriums, zu entfernen, doch im Laufe der Jahre verhältnismäßig günstige Resultate aufweist, sogar bessere Resultate, als bei der Mammaexstirpation mit Achselhöhlenausräumung (vergl. Jordan). Immerhin können aber diese Resultate noch nicht befriedigen und sind die Bestrebungen, gerade mehr vom Parametrium und Vaginalgewölbe mit zu entfernen, in hohem Grade berechtigt.

Der abdominale Weg leistet hier am meisten, sowohl Drüsen als auch Parametrium können hier in größerer Ausdehnung berücksichtigt werden. Die Gefährdung der Pat. durch diese ausgedehnten Eingriffe sind jedoch bekannt. Ich habe diese Operation in 14 Fällen, darunter die Mehrzahl sehr weit vorgeschrittene Fälle, mit vollkommener Ausschälung der Ureteren vom Beckeneingange bis zur Blase, Freipräparirung der großen Gefäße etc. ausgeführt und 3 Fälle, bei denen allerdings ein Eingriff wegen des zu weit vorgeschrittenen Carcinoms von vornherein aussichtslos war, verloren. In 4 Fällen konnte in den ausgeschälten Drüsen mikroskopisch Carcinom nachgewiesen werden. Den vaginalen Weg, den ich natürlich meistens (über 175 vaginale Totalexstirpationen bei Carcinom mit ca. 4% Mortalität) anwandte, erweiterte ich häufig durch den Schuchardt'schen Schnitt und habe damit äußerst günstige momentane Resultate erzielt; eine genauere Verfolgung der späteren Schicksale der Pat. konnte ich aus Zeitmangel nicht durchführen, doch sind mir ohne besondere Nachfrage eine Reihe von Fällen bekannt geworden, die über 5 Jahre recidivfrei geblieben sind. In 2 Fällen

konnte ich die eigenthümliche Beobachtung erleben, dass nach vaginaler Totalexstirpation, nach 5 Jahren vollkommener Recidivfreiheit und besten Wohlbefindens plötzlich sich ein ausgedehntes Carcinom der retroperitonealen Drüsen der hinteren Bauchwand entwickelte, das Becken aber, wie sich bei der Laparotomie bezw. Autopsie zeigte, vollkommen frei geblieben war.

Die vaginale Operation machte ich beim Uteruscarcinom aus weitester Indikation; so lange überhaupt noch eine technische Möglichkeit besteht, führe ich sie als Palliativoperation aus und bevorzuge im Allgemeinen die Klemmmethode, wenn ich auch die Ligaturmethode nicht ganz selten zur Anwendung bringe. Die von verschiedenen Autoren verlangte vorherige Exkochleation der Carcinommassen und Kauterisation könnte ich in vielen Fällen gar nicht zur Ausführung bringen, da dann bei diesen weiter geschrittenen Fällen jeder Halt am unteren Theile des Uterus verloren ginge und der scharfe Löffel meist perforiren würde. Mit Hilfe einer ausgedehnten Scheiden-Dammincision kommt man auch, ohne zu sehr an dem morschen Gewebe ziehen zu müssen, gut an die Theile heran. Die vaginale Methode kann für den wichtigen Punkt der Mitentfernung des Parametriums auch mit Hilfe des Schuchardtschen Schnittes nur Ungenügendes leisten.

Die sacrale Methode, die ich ebenfalls mehrfach mit Erfolg ausführte, leistet bezüglich der Mitentfernung des Parametriums kaum mehr, als die vaginale Methode.

Für die Bloßlegung des Parametriums ist die vollkommene Freilegung der Ureteren und der hinteren Blasenwand so wie der oberen Hälfte der Vagina unbedingt nothwendig; nur so kann das Parametrium bis zur Beckenwand entfernt werden.

Es sei mir nunmehr gestattet, einen neuen Weg zu beschreiben, auf dem es mir möglich war, den eben erwähnten Indikationen zu genügen, und den ich zum ersten Male am 18. April 1899 einschlug.

Nach mehrere Tage dauernder Vorbereitung und gründlicher Desinfektion der Vagina event. Kauterisation des Carcinoms, event. Einlegen von Jodoformgaze in die Vagina wird Pat. in steile Beckenhochlagerung gebracht, von der Mitte zwischen Nabel und Symphyse ein medianer Einschnitt bis zur Symphyse gemacht und rechtwinkelig zu demselben ein Einschnitt über dem horizontalen Schambeinaste ca. 10 cm nach links angefügt, event. kann bloß ein Querschnitt über der Symphyse angebracht werden. Diese Einschnitte durchtrennen die Bauchwand nur bis zum Peritoneum und lösen den linken Musculus rectus vom Becken los.

Nun wird vom Cavum Retzii aus stumpf im paravesicalen, sodann im paravaginalen Raume vorgedrungen, ohne das Peritoneum, das sich leicht abtrennen lässt, einzureißen. In der linken Inguinalgegend schält sich ein rundlicher Strang heraus: das Lig. rotundum, das doppelt unterbunden und dazwischen durchschnitten wird. Unter stetigem Vordringen im paravaginalen Gewebe gelangt man bald an

den linken Ureter, der mit Hilfe von 2 anatomischen Pincetten zugleich mit der darüber befindlichen Arteria uterina stumpf freigelegt wird. Die Arteria uterina wird möglichst lateral vom Ureter unterbunden, und nun kann der Ureter event. aus den carcinomatösen Infiltrationen im Parametrium ausgeschält werden. Die Blase wird vom vorderen Theil des Uterus und der Vagina abgelöst.

Bisher wurde die Peritonealhöhle nicht eröffnet. Nun wird das von der hinteren Blasenwand abgelöste Peritoneum dicht vor der Excavatio vesico-uterina mit der Schere etwa 3—4 cm breit eröffnet, der Fundus uteri mit den Adnexen durch den Schlitz mit einer Kugelzange herausgezogen und jederseits das Ligamentum infundibulo-pelvicum unterbunden und abgetragen und nun das jetzt hinter dem Uteruskörper befindliche Blasenperitoneum sofort mit dem Peritoneum der hinteren Beckenwand mit fortlaufender Katgutnaht vereinigt, so dass die Peritonealhöhle wieder vollkommen abgeschlossen ist. Die Peritonealhöhle war demnach nur einige Minuten eröffnet. Unter Beiseitehalten des linken Ureters mit einem Spatel oder einer Fadenschlinge wird das linke Parametrium so weit, als dies thunlich erscheint, so wie die Ligamenta sacro-uterina mit Schere oder Thermokauter abgetragen, der Uterus gefasst und unter Abschieben des rechten Ureters vom Ligamentum latum auch das letztere abgetragen. Der Uterus kann nun nachher am besten durch die Vagina entfernt werden. Nun wird die hintere Beckenwand abgetastet und können infiltrirte Drüsen leicht ausgeschält werden.

Sowohl gegen die Vagina zu als auch, wenn thunlich, durch den unteren Winkel der nun wieder zu vereinigenden Bauchwunde wird Jodoformgaze, die allseitig die Buchten ausfüllt, herausgeleitet.

Man ist erstaunt, wie leicht und ohne Blutung man sofort an den wichtigsten Theil: die Kreuzungsstelle der Arteria uterina mit dem Ureter, gelangen kann; hier lässt sich auch, wenn nöthig, eine Resektion des Ureters und Neueinpflanzung desselben in die Blase nach dem Vorschlage Mackenrodt's[1] ausführen.

---

[1] Mackenrodt hat bekanntlich für die Neueinpflanzung eines Ureters den rein extraperitonealen Weg angegeben; indem er seitlich vom Rectus tiefer dringt, gelangt er an den untersten Theil des Ureters und an die seitliche und hintere Blasenwand. Auf den großen Vortheil, den dieser Vorschlag Mackenrodt's für die Neueinpflanzung des Ureters bringt, habe ich bereits in der Diskussion in der Münchener Naturforscherversammlung 1899 hingewiesen. Vorher hatte ich 3mal die intra-extraperitoneale Einpflanzung nach Witzel mit Erfolg ausgeführt, später aber habe ich die extraperitoneale Methode der Uretereinpflanzung nach Mackenrodt in mehreren Fällen angewandt und mich von der bedeutend glatteren Durchführbarkeit überzeugt. Ein hierher gehöriger interessanter Fall möge kurz Erwähnung finden:

Eine Pat., bei welcher ich $1^1/_2$ Jahr vorher die abdominale Radikaloperation wegen Carcinoma cervicis ausgeführt hatte, war von der psychiatrischen Abtheilung, in welche sie wegen plötzlich aufgetretener maniakalischer Anfälle gebracht worden war, in meine Klinik transferirt worden. Durch die Untersuchung konnte festgestellt werden, dass es sich um urämische Anfälle handelte, die durch rechtsseitigen Ureterverschluss, welcher durch ein Carcinomrecidiv in der rechten Becken-

Die Vortheile dieser transperitonealen Methode der Exstirpation des carcinomatösen Uterus sind folgende:

1) Ist die Möglichkeit vorhanden, auf dem kürzesten Wege zu den im Parametrium vorhandenen Infiltrationen vorzudringen und auch die Vagina in größerer Ausdehnung auszuschälen.

2) Die Ureteren sind leicht in beliebiger Länge freizulegen, event. zu reseciren. Durch Beiseiteschieben der Ureteren ist eine ausgedehnte Resektion des Parametriums möglich.

3) Die Arteria uterina wird isolirt weit außen primär an ihrem Abgangspunkte unterbunden, daher äußerst geringe Blutung.

4) Die Operation verläuft fast vollständig bei abgeschlossener Bauchhöhle. Nur einige Minuten ist ein kleiner Schlitz für die Herausleitung des Fundus uteri offen, der aber sofort hinter dem Uterus wieder geschlossen wird, ähnlich wie sich dies bei der sacralen Methode der Uterusexstirpation (siehe Herzfeld'sche Vorschrift) als sehr zweckmäßig erwiesen hat.

5) Bei der ganzen Auslösung des Uterus, der Cervix, des Parametriums und event. des ganzen Vaginalschlauches kommt nichts vom exulcerirten Carcinom in Berührung mit der Wundfläche. Die schließliche Entfernung des ausgelösten Organs erfolgt später nach unten zu.

6) Sollte es sich im Verlaufe der Operation für nöthig erweisen, Behufs Enukleation höher gelegener Drüsen das Peritoneum ausgedehnter zu eröffnen, so ließe sich dies leicht jeder Zeit durchführen.

Somit ergeben sich gegenüber der vaginalen und sacralen Methode gewisse Vortheile: Parametriumentfernung, Ureterfreilegung, Vaginaexstirpation, so wie gegenüber der abdominalen Methode fast extraperitoneale Ausführung.

Ich habe diese transperitoneale Methode bisher in 5 Fällen ausgeführt und verlor einen Fall mit sehr weit vorgeschrittenem Carcinom, bei welchem ich den Uterus nach oben durchzog und vielleicht auch zu ungenügend drainirte.

Da ich im Anschlusse an die Publikationen Wertheim's mich mehr den Versuchen mit der erweiterten abdominalen Methode zugewandt habe und außerdem von den günstigen momentanen Resultaten und der fast völligen Ungefährlichkeit der vaginalen Totalexstirpation auf Grund eigener Erfahrungen überzeugt war, habe ich

---

hälfte entstanden war, verursacht wurden. An eine Entfernung des Recidivs war nicht mehr zu denken, und ich entschloss mich sofort, trotz des komatösen Zustandes den rechten Ureter extraperitoneal aufzusuchen, das eingeschlossene Stück zu reseciren und den Ureter in die Blase neu einzupflanzen. Bei der Bloßlegung erwies sich der Ureter über fingerdick erweitert und nach unten zu durch Carcinommassen verschlossen. Nach Resektion der veränderten Ureterpartie pflanzte ich das intakte Stück neu in die Blase ein. Von diesem Momente an verschwanden sämmtliche urämische Symptome, und hat Pat. noch über ein halbes Jahr fast ohne Beschwerden gelebt, bis sie an zunehmender Carcinomkachexie zu Grunde ging.

die erwähnte transperitoneale Methode noch nicht in einer größeren Anzahl von Fällen ausgeführt, werde aber auf Grund des zu diesem Kongresse zusammengebrachten Materials, wonach »die wichtigste Aufgabe der Carcinomoperation die Vermeidung der lokalen Recidive durch möglichst ausgedehnte Exstirpation des Parametriums und die Vermeidung des Impfrecidivs ist«, in nächster Zeit wieder häufiger auf diese Methode zurückgreifen.

Den bisherigen Wegen für die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus: 1) vaginaler, 2) perinealer, 3) sacraler, 4) abdominaler, wäre somit als der 5) der transperitoneale anzufügen.

Im Anschlusse hieran möchte ich noch bezüglich des operativen Vorgehens bei Recidiven nach vaginaler Totalexstirpation, welche ja gewöhnlich im Beckenboden auftreten, dieses transperitoneale Vorgehen vom Cavum Retzii aus, das ich für diesen Zweck noch in zahlreichen Fällen ausgeführt habe, besonders empfehlen. Die Ausschälung der von den Recidiven meist umschlossenen Ureteren, die Resektion derselben, event. auch eines Theiles der Blase lässt sich auf diesem Wege gut durchführen. Vergleiche den oben erwähnten Fall (Anmerkung).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 26. April 1901.

Vorsitzender: Herr Odebrecht; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstrationen.

1) Herr Czempin:

a. M. H.! Ich erlaube mir zunächst, Ihnen eine Kuriosität herumzureichen. Ich habe bei einer Pat., einer verheiratheten Frau, wegen Blutungen eine Auskratzung gemacht und bei dieser Gelegenheit aus dem Uterus ein kleines Stückchen eines fötalen Schädels mit noch daranhängendem Gehirn entfernt. Die Pat. leugnete, jemals schwanger gewesen zu sein und geboren zu haben. (Zuruf.) — Die Frau war verheirathet. Es ist vielleicht in mancher Hinsicht ganz interessant, dass ein solcher kleiner Knochentheil im Uterus zurückbleibt, ohne in irgend einer Weise schädigend zu wirken. Vermuthlich ist der Fötus herausgeholt worden, indem der Kopf zerquetscht wurde, wobei ein Theil desselben zurückblieb. Der ganze Befund und die Anamnese ließ keinen Zweifel bestehen, dass es sich um einen kriminellen Abort gehandelt hatte.

b. Eine Cyste des runden Mutterbandes, welche bei einer 60jährigen, schwer arbeitenden Frau rechtsseitig sich gebildet hatte. Nach einer gleichzeitig vorgenommenen Myomotomie verschwand die Cyste spurlos in der Rekonvalescenz, trat jedoch einige Monate später von Neuem auf.

c. Zwei Myomotomiepräparate, bei welchen die zufällige eigenartige Entwicklung der Geschwülste zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung gegeben hat. Das eine Präparat stammt von einer 33jährigen Pat., welche sich 1/2 Jahr, bevor C. sie sah, verheirathet hatte und ihrer Angabe nach seit 4 Monaten eine Geschwulstbildung im Leibe bemerkt hatte. Diese Geschwulstbildung war auffallend. Es war ein doppelter Tumor, auf der linken und auf der rechten Seite, beweglich, nach dem Becken gestielt; der rechte Tumor bis zum Rippenbogen reichend, der linke etwas kleiner. Bei der gynäkologischen Untersuchung fand man den Uterus

sehr stark durch die beiden Tumoren in die Höhe gehoben, zwischen den beiden liegend, und beide Tumoren gestielt jederseits von ihm abgehend; das Ganze machte den Eindruck eines doppelseitigen Ovarialkystoms. Der Irrthum wird verständlich bei Betrachtung des Präparates. Es ergab sich nämlich bei der Operation das überraschende Resultat, dass die Geschwülste Myome waren: links und rechts je ein gestielt am Uterus sitzendes, großes, subseröses Myom, welche durch ihre Größe, ihre Beweglichkeit und ihren eigenartigen schmalgestielten Ursprung an den beiden Uterushörnern Ovarialkystome vorgetäuscht hatten. Leider konnte man der Pat. auch den Uterus nicht erhalten, da in der vorderen Uteruswand ein ziemlich beträchtliches Myom saß und außerdem, wie Sie sehen, noch eine Anzahl kleiner Myomkeime in dem Uterus vorhanden war; der Uterus wurde nach der von C. am meisten geübten abdominalen Methode mit den Myomen exstirpirt und beide Ovarien darin gelassen. Der Fall verlief günstig. Die Frau ist im Juli v. J. operirt worden, und es ist dabei in Hinsicht auf das Zurücklassen beider Ovarien sehr interessant, dass die Pat. gar keine Ausfallserscheinungen bekommen hat; das andere Myom stammt von der alten Frau, welcher C. auch die Cyste des runden Mutterbandes entfernt hat. Diese Pat. klagte, wie schon erwähnt, über starke Prolapsbeschwerden. C. fand bei der Untersuchung nahe dem Uterus, der etwas vergrößert war, einen sehr stark beweglichen, harten, knolligen, unregelmäßigen Tumor. Da es sich um eine ältere Frau handelte und der Tumor nahe dem Uterus lag, gestielt und beweglich war, so glaubte C. nicht anders, als dass es sich um einen malignen Ovarialtumor handelte. Da gleichzeitig anzunehmen war, dass dieser Tumor an dem Zustandekommen des Prolapses betheiligt sei, so beschloss C. seine Entfernung durch die Laparotomie. In dem Momente, als der Tumor hervorgezogen wurde, riss er von dem Uterus ab und entpuppte sich als ein unregelmäßiges, knolliges, verkalktes Myom; der Uterus war durch andere Myomkeime verdickt. Den Uterus hat C. amputirt und den Amputationsstumpf in die Bauchwunde energisch festgenäht. Die Hoffnung, die Pat. dadurch von ihrem Prolaps zu heilen, erwies sich jedoch als trügerisch, denn als die Frau in ihrem Berufe wieder die Treppen heraufging — mit einem großen Packete Zeitungen — verspürte sie plötzlich einen starken Schmerz im Leibe, und Tags darauf konnte wieder ein vollkommener Prolaps der Scheide konstatirt werden. Da gleichzeitig diese Cyste in der rechten Leistengegend sich wieder gebildet hatte, so wurde nunmehr in einer Sitzung die Cyste entfernt und bei dieser Gelegenheit der Stumpf der Cervix vaginal exstirpirt, so wie die Scheide stark verjüngt.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass es wohl charakteristisch ist, dass Myome am schwangeren Uterus außerordentlich schnell wachsen, mitwachsen und eben so schnell wieder sich involviren, sobald die Schwangerschaft vorüber ist. C. hat in einer ganzen Reihe von Fällen Myome am schwangeren Uterus gesehen, hat die Myome sorgfältig beobachtet und ihr rasches Wachsthum in der Schwangerschaft und auch ihr schnelles Zurückgehen nach derselben feststellen können. Allerdings ist zuzugeben, dass eine Verwechslung mit einem extra-uterinen Fruchtsacke in Bezug auf die Succulenz möglich ist; aber es ist für die Differentialdiagnose wichtig, dass der extra-uterine Fruchtsack noch viel schneller wächst; es genügten manchmal 14 Tage, um ein enormes Wachsthum des extra-uterinen Fruchtsackes zu konstatiren, weil eben der Gegendruck des Uterus wegfällt und desshalb das Wachsthum schneller zum Bewusstsein kommt. Demgemäß kann C. in dem Wachsthume eines Myoms am schwangeren Uterus allein eine Operationsindikation nicht erblicken.

Diskussion: Herr Odebrecht hält dafür, dass eine Ventrofixation, die man bei schwerem Prolaps ausführen will, anders gemacht werden müsse als für gewöhnlich bei Retroflexion, und berichtet über einen Fall, den er vor einiger Zeit operirte. Hier lag der Uterus mit ganzer Vagina vor der Vulva in Größe eines Kindskopfes. Er machte zunächst in einer Sitzung eine sehr umfängliche Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineorrhaphia und nähte dann in 2. Sitzung den Uterusfundus nicht an die Bauchwand an, sondern in die Bauch-

wunde hinein: Peritoneum um den Fundus herum gesäumt, Fundus an die Fascie mit Silkworm befestigt; die Silkwormfäden heilten ein. Resultat bisher sehr gut.

Herr Bokelmann hat kürzlich bei einer im 3.—4. Monate graviden Multipara, die fieberhaft erkrankt war, eine kindliche Extremität in der Vagina gefunden und wirft die Frage auf, ob ein derartiger Befund ohne Weiteres zur Annahme krimineller Vornahmen berechtigt oder nicht. In seinem Falle gab dieser Befund ihm die Indikation, eine baldige Ausräumung des Uterus vorzunehmen, die zur Genesung führte.

Herr Opitz demonstrirt eine Hämatometra im rechten atretischen Horne eines Uterus bilocularis, die er durch Semiamputatio nach Sänger gewonnen hat. Die richtige Diagnose wurde vor der Operation nicht gestellt.

Das Präparat stammt von einer 20jährigen Nullipara, die seit 3 Jahren menstruirt ist und eben so lange an heftigen, aber nicht mit der Menstruation zusammenhängenden Schmerzen litt. Sie ist nach fieberfreier Konvalescenz geheilt entlassen worden.

Es sind bisher nur 2 derartige Fälle veröffentlicht worden, bei denen die Hämatometra aber lange nicht die Größe, wie im vorliegenden Falle erreichte.

2) Herr Odebrecht: M. H.! Ich demonstrire Ihnen hier einen Uterus, der ein verjauchtes Myom in seinem Innern trägt. Die Pat. abortirte im Januar und benöthigte hierbei der Hilfe eines Arztes, welcher in der Nachgeburtsperiode einen intra-uterinen Eingriff vornahm. Danach Blutungen und 3 Monate lang stinkender Ausfluss mit Fieber, äußerste Abmagerung und Prostration der Kräfte.

Die Entfernung des kindskopfgroßen Uterus wurde von der Vagina aus nach vorheriger exakter Vernähung des Muttermundes versucht. Ohne Verkleinerung des Uterus gelang dies aber nicht. Da hiermit eine Infektionsgefahr des Peritoneums gegeben war, zugleich aber auch eine Ligatur abgeglitten war und es stark blutete, so beendete ich die Operation durch Laparotomie. Die Pat. befindet sich jetzt, am 10. Tage nach der Operation, sehr wohl.

Ich erinnere daran, dass ich vor längeren Jahren schon einmal einen myomatösen Uterus demonstriren konnte, bei dem ebenfalls nach einem intra-uterinen Eingriffe in der Nachgeburtsperiode das Myom verjaucht war. Der Uterus hatte damals Mannskopfgröße, die Geburt war eine rechtzeitige, und die Operation erfolgte 4 Wochen post partum bei einer Temperatur von 40° und einem Pulse von 140. Die Pat. genas. Dieses Resultat zu erreichen, gelang mir wohl nur dadurch, dass ich den Stiel — natürlich war es eine Laparotomie — extraperitoneal nach Hegar versorgte und den Uterus erst abschnitt, nachdem zuvor die ganze Bauchwunde zugenäht worden war.

Ich möchte fragen, ob ähnliche Beobachtungen von Myomverjauchungen nach intra-uterinen Eingriffen in der Nachgeburtsperiode öfter gemacht worden sind.

Diskussion: Herr Bröse hält das Sekret bei verjauchten Myomen nicht so sehr gefährlich für das Peritoneum. Er hat in einem Falle von verjauchten Myomen den Uterus sammt den Tumoren bei einer hoch fiebernden Pat. durch Morcellement per vaginam entfernt und eine glatte Rekonvalescenz erlebt. Es handelt sich dabei gewöhnlich um saprämische Vorgänge, die aufhören, sobald das todte, resp. schlecht ernährte Material, wie es die Myome sind, entfernt ist.

Herr Bokelmann hält diese Jauchung der Myome keineswegs für so harmlos. In einem kürzlich von ihm vaginal operirten Falle ging die Pat. etwa 8 Tage nach der manuellen Ausschälung des submukösen, in Verjauchung begriffenen Myoms — nachdem das Fieber zunächst abgefallen war — an einer allgemeinen Peritonitis zu Grunde.

Herr Odebrecht: Dass die Sache gut ablaufen kann, wenn man verfährt, wie Herr Bröse es empfiehlt, ist sicher zuzugeben; dass aber Infektionsgefahr für das Peritoneum besteht, möchte ich nach wie vor behaupten. Den wesentlichen Unterschied zwischen zerfallendem Carcinom und verjauchtem Myom vermag ich nicht einzusehen.

3) Herr Gebhard zeigt ein Myom, das er aus einem im 3. Monate schwangeren Uterus enukleirt hat. Durch die Operation wurde die Schwangerschaft nicht unterbrochen.

4) Herr P. Strassmann demonstrirt:

a. Netz mit haselnussgroßer Kystommetastase und kleiner papillärer Wucherung darin. Bei der 37jährigen Pat. bestanden doppelseitige papilläre Kystome mit Übergang in Carcinom. Radikaloperation nicht mehr möglich. Ablassen des Ascites. Später noch 2 Punktionen. Tod nach $^3/_4$ Jahr.

Wirklich cystische Metastasen von Ovarialtumoren sind sehr selten.

b. Rechtsseitige Tubarschwangerschaft, durch Colpotomia posterior bei einer 25jährigen Frau entfernt, die nach einer Fehlgeburt an entzündlicher Erkrankung rechts behandelt worden war. Nach Verschwinden der Beschwerden Ausbleiben der Menses. Tubargravidität — Ruptur der Tube.

Außer dem chronisch vergrößerten Eierstocke sieht man breite, lange, schleierartige perimetritische Membranen an der Tube, deren Fimbrienende offen ist. Durch diese äußeren Momente ist eine Störung der Eileitung bedingt worden, die hier wie so oft die Ursache ektopischer Ansiedlung bei relativ gesunder Schleimhaut wurde.

c. Eine dem 9. Monate entsprechende Frucht einer Vpara, die 4 lebende Kinder geboren hatte. Vom 5.—8. Monate der Schwangerschaft leichte Blutungen. Kein Anhalt für Placenta praevia. 14 Tage vor dem Wehenbeginn Aufhören der Kindsbewegungen. Uterus später kleiner geworden, keine Herztöne. Ausstoßung einer macerirten Frucht durch Selbstentwicklung bei Querlage. Keine Lues. Nabelschnur 5mal um den Hals geschlungen, Hals fest zusammen geschnürt und lang ausgezogen. — Die Umschlingung war hier die Todesursache — gewissermaßen ein intra-uterines Suicidium. An der sonst nicht veränderten Placenta haftet nur noch ein kurzes Stück der abgebundenen Schnur. Die Blutungen sind entweder auf Zerrung am Kuchen oder auf Stauung in Folge der Umschlingung zurückzuführen.

Herr Gebhard macht darauf aufmerksam, dass es sich in solchen Fällen oft nicht um Cysten handelt, sondern um ödematöse Papillen, welche Cysten vortäuschen können.

Herr Opitz erwidert Herrn Strassmann, dass er die im Anschlusse an Tubenentzündungen entstehenden Faltenverklebungen für eine häufigere Ursache der Eileiterschwangerschaft hält, als Abknickungen durch perisalpingitische Adhäsionen. Er konnte in einer ganzen Reihe von Fällen Faltenverklebungen uteruswärts vom Sitze des Eies in Tuben nachweisen.

Herr Strassmann erwidert Herrn Gebhard, dass der Netztumor kystomähnliche Flüssigkeit enthielt. Höchstens könnten einige kleinere Metastasen a s ödematöse Papillen mikroskopisch noch aufgedeckt werden. Die große Metastase war ein wahres papilläres Kystom.

Herrn Opitz erwidert S., dass Tubenschleimhauterkrankungen — besonders eitrige mit Verklebungen — die Eiaufnahme und Ansiedlung meist unmöglich machen. Wahrscheinlich findet ektopische Ansiedlung erst nach einigermaßen wieder hergestellter normaler Beschaffenheit der Schleimhaut statt. In der durch Perimetritis verzerrten Tube ist dann ein Hindernis für die Weiterbeförderung des Eies gegeben.

Dass die Perimetritis eine sehr häufige Ursache der Extra-uterin-Schwangerschaft ist, erhellt aus den Anamnesen, in denen primäre oder erworbene Sterilität bei dem größten Theile vorhanden ist.

Auch aus einer Zusammenstellung der Beziehungen gynäkologischer Erkrankung zur Schwangerschaft (Dissertation von Weberstedt, 1895), die 231 Schwangerschaften umfasst, erhellt dies. Es befanden sich darunter 7 Frauen, die vorher wegen Perimetritis behandelt waren, und auf diese kleine Gruppe entfielen die beiden einzigen beobachteten Extra-uterin-Schwangerschaften.

Herr Opitz entgegnet, dass er natürlich nicht annehme, während einer frischen Entzündung werde das Ei in der Tube aufgehalten. Nur die Residuen nach Ablauf der Entzündung mache er verantwortlich.

Herr P. Strassmann: Es dürfte im Einzelfalle sehr schwierig zu entscheiden sein, ob Endo- oder Perisalpingitis die Ursache war. Jedenfalls stimmt aber S. in so fern mit Herrn Opitz überein, als Beide eine Störung der Eileitung als Ursache der Tubenschwangerschaft annehmen.

5) Herr Seydel demonstrirt ein Lipoma myo-fibromatosum des Uterus. Die gut abgekapselte Geschwulst ist über walnussgroß und sitzt in der vorderen Wand des Uterus, am Fundus, ziemlich genau in der Medianebene.

6) Herr R. Schaeffer zeigt einen durch supravaginale Amputation gewonnenen myomatösen Uterus, in dessen Cavum sich ein 4—5wöchentlicher Fötus befindet. Das überaus schnelle Wachsen der Myome war Indikation zur Operation. Auffallend ist die sehr starke Verkrümmung des Cervicalkanales.

---

2) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1901. Januar—Februar.)

Sitzung vom 13. November 1900.

E. B. Cragin wirft die Frage auf, ob bei ektopischer Schwangerschaft nicht mehr Rücksicht auf das Kind genommen werden solle. Er hat bereits im Beginne des Jahres über 3 Fälle von ausgetragener extra-uteriner Schwangerschaft berichtet; in einem derselben gelang es, ein lebendes Kind zu entwickeln. Jetzt berichtet er über einen weiteren Fall. Derselbe betraf eine 33jährige Frau, Deutsche, welche mit heftigen Wehen in die Klinik gebracht wurde. Bei der inneren Untersuchung fand sich der Kopf sehr tief stehend, fest auf dem Damme aufliegend, hoch oben hinter der Symphyse ließ sich der verschlossene Muttermund fühlen. Es wurde die Diagnose auf Schwangerschaft im retroflektirten, incarcerirten Uterus gestellt, dessen hintere Wand sehr verdünnt ist. Bei der Eröffnung des Abdomens zeigte sich, dass es sich um eine ektopische Schwangerschaft handelte, in den Falten des linken breiten Mutterbandes, welche das Bauchfell von der hinteren Wand des Uterus losgelöst hatte. In Folge der 2 Tage lang andauernden falschen Wehen war der Fruchtsack gerissen und die Darmschlingen durch Fibrin, gemischt mit Meconium, bedeckt. Ein lebendes Kind wird entwickelt. Die Placenta war hauptsächlich an dem linken breiten Mutterbande angewachsen. Die mütterlichen Gefäße konnten unterbunden werden. Der Uterus war so innig mit dem Sacke verwachsen, dass derselbe mit Fruchtsack und Placenta en masse entfernt wurde. Die Frau machte eine glatte Heilung durch. Das Kind wog 5 Pfund und gedieh im Inkubator gut. Jetzt ist es 4 Wochen alt und hat mehr als 200 g zugenommen.

Boldt führt an, dass er vor längerer Zeit einen ganz ähnlichen Fall beobachtet habe, bei dem auch die gleiche Diagnose gestellt worden war. Auch McLean und Tucker berichten über ähnliche Fälle.

A. Brothers berichtet über einen Fall von Deciduoma malignum.

Bei einer 24jährigen Frau musste, da die Blutungen trotz wiederholter Ausschabung immer stärker wiederkehrten und nicht mehr gestillt werden konnten, in extremis die vaginale Hysterektomie gemacht werden. Vollständige Heilung.

J. E. Janorin: Multilokuläres Fibrom der Gebärmutter. Uteruskrebs, komplicirt durch Eierstocksgeschwulst.

S. Marx hält einen Vortrag über Spinalanästhesie.

M. hat das Verfahren in etwa 100 Fällen angewandt mit nur 2 Misserfolgen. Letztere können ihre Ursache in verschiedenen Dingen haben, meistens in fehlerhafter Technik. Er wählt den Zwischenraum zwischen dem 4. und 5. Lumbarwirbel.

Er hat das Verfahren bei 40 Geburten angewandt. Störungen der Uteruskontraktion hat er nie beobachtet. Die Geburt verlief wie eine normale. Die Thätigkeit der Bauchpresse war nicht gehemmt. Keine Neigung zu Nachblutung.

Brothers, Gill, Flint, Waldo, McLean haben theilweise schlechte Erfolge, besonders häufig unwillkürliche Stuhlentleerungen, beobachtet und stehen dem Verfahren sehr kühl gegenüber.

Sitzung vom 11. December 1900.

E. B. Cragin und Brettauer zeigen Präparate vor.

Miteau hält den Vortrag: Ein Wort für bessere Kenntnis einiger Faktoren des Geburtsmechanismus. Derselbe, eben so wie die sich daran knüpfende Diskussion bringt nichts Neues. **Engelmann** (Kreuznach).

Verschiedenes.

3) J. Mayer (Brüx). Spontane Uterusinversion nach rechtzeitiger Geburt.

(Prager med. Wochenschrift 1901. No. 5.)

Durch lebhaftes Pressen der Frau, 1/2 Stunde p. p. kam es plötzlich zu totaler Inversion des Uterus mit noch am Fundus sitzender Placenta, nach Lösung derselben stärkere Blutung. Die manuelle Reinversion gelang verhältnismäßig leicht. Trotz ausgiebiger Tamponade der Uterushöhle blieb der Fundus uteri dellenförmig eingezogen. Völlige Heilung. Bei der letzten (3.) Geburt vor 4 Jahren konnte der die Placentalösung vornehmende Arzt ebenfalls den Beginn einer Inversion nachweisen. **Piering** (Prag).

4) Gilbert. 2malige Inversio uteri post partum bei derselben Patientin.

(Petersburger med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

IVpara, normale Geburt, spontane Lösung der Placenta nach starker Blutung. Eine Stunde später steht die Wöchnerin auf und trägt 2 Eimer Wasser eine Treppe hinauf. Totale Inversio uteri ohne Blutung. Leichte Reposition des von Schmutz gesäuberten Organes, glattes Wochenbett. 2 Jahre später die 5. normale Geburt. Nach Ausstoßung der Placenta (Druck durch die Hebamme?) kolossale Blutung. Inversion des Uterusfundus, die sich leicht ausgleichen lässt. Trotz Excitantien, Kochsalzinfusion, Einläufen etc. unmittelbar darauf Exitus in Folge von hochgradigster Anämie. G. macht ätiologisch einen erhöhten intra-abdominalen Druck verantwortlich und meint, dass ein Zug am Nabelstrange nur selten eine Inversion bedingen könnte. **Stöckel** (Bonn).

5) Caruso (Neapel). Über die Fortdauer der menstruellen Blutung während der Schwangerschaft.

(Archiv. di ost. e gyn. 1900. No. 4.)

Im Allgemeinen pflegt man die regelmäßige Fortdauer der wahren menstruellen Blutung als unvereinbar mit dem Zustande der Schwangerschaft anzusehen, ausgenommen vielleicht die ersten Monate der Gravidität; nur wenige Autoren geben die Möglichkeit dieser Fortdauer während eines längeren Zeitraumes zu. Verf. sucht seinerseits die Ansicht zu stützen, dass in seltenen Ausnahmefällen regelmäßige menstruelle Blutungen während der ganzen Dauer der Schwangerschaft vorkommen können, ohne dass ein plausibler Grund hierfür namhaft gemacht werden kann. Zum Beweise dieser Ansicht werden 2 Kranken- (resp. Schwangerschafts-)geschichten mitgetheilt. Es handelte sich in beiden Fällen, um Vielgebärende (11, bezw. 12 Schwangerschaften). Die erste dieser beiden Frauen hatte während 6 Schwangerschaften regelmäßig monatliche Blutungen, theils nur einige (4—7) Monate lang, theils während der ganzen Gravidität. Gerade in den letzten

beiden Schwangerschaften hatte sie die Blutungen während der ganzen Zeit; dieselben hatten genau denselben Charakter wie im normalen Zustande. Die objektive Untersuchung ergab chronische Endometritis, speciell der Cervix, mit Erosion der Portio. Die 2. Pat. hatte während der sämmtlichen 12 Schwangerschaften die regelmäßigen Menses; es wurde nichts Krankhaftes in der Genitalsphäre bemerkt. Verf. nimmt an, dass die Quelle dieser Blutungen in dem Corpus uteri zu suchen sei. Es scheint, dass wiederholte Schwangerschaften zum Auftreten des besprochenen Phänomens disponiren; vielleicht gilt Ähnliches von dem übermäßig oft geübten Coitus. Die Dauer der Gravidität ist in den meisten dieser Fälle normal, und der Fötus erreicht ungestört seine völlige Entwicklung.

H. Bartsch (Heidelberg).

6) **Kieseritzky.** Über Frauenmilchuntersuchungen vom klinischen Standpunkte.

(Petersburger med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Kolostrumkörperchen sind im Beginne der Laktation ein normaler Befund. In der späteren Laktationsperiode sind sie beweisend dafür, dass eine Gefahr des Milchverlustes droht, resp. dass die Milch für die Ernährung unzureichend werden kann. Eine anormale, für die Ernährung qualitativ untaugliche Milch gesunder Frauen kommt nicht vor. Die Schwankungen, die die Milch kranker Frauen zeigt, können gleichfalls nicht als schädlich für den Säugling bezeichnet werden. Übergang von Bakterien und Keimen aus dem mütterlichen Blute in die Milch findet selten und nur dann statt, wenn vorher Blutungen oder eine Störung in der normalen Zusammensetzung der Mamma stattgefunden hat. **Stoeckel** (Bonn).

7) **Korn.** Niesekrampf bei einer Schwangeren.

(Der Frauenarzt 1900. Hft. 12.)

IIIpara im letzten Monate der Gravidität. Ohne äußere Veranlassung traten 4 Tage fast ununterbrochen sich folgende, heftige Niesekrämpfe auf, gegen die Morphium, Chloroform, Amylnitrit, Brom, Trional erfolglos angewandt wurden. Nach weiteren 5 Tagen nur minimale Besserung, aber Eintritt von Wehen und spontane Geburt, wobei sich eine große Menge Fruchtwasser entleerte. Nach Eintritt der Geburt nieste die Frau nicht wieder. **Stoeckel** (Bonn).

8) **Englaender.** Ein Fall von einseitiger diffuser Brustdrüsenhypertrophie bei einer Frau.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Kleine (150 cm), schwächliche, 33jährige Frau, die 2mal normal geboren hat und von Kindheit an eine sehr viel größere rechte als linke Mamma besaß. In den letzten Monaten der 2. Schwangerschaft erreichte die Mamma riesige Dimensionen. Sie hing bis zum Nabel herab. Die Entfernung von ihrem oberen Ansatze (4. Rippe) über der Brustwarze bis zum unteren Rande gemessen betrug 52 cm, die Brustwarze war in toto hypertrophisch. Jodkalitherapie blieb nutzlos. Eine Amputation wurde ausgeschlagen. Die Mutter der Pat. hat ebenfalls eine stark hypertrophische rechte Brust. **Stoeckel** (Bonn).

9) **A. Regnoli** (Rom). Über einen diagnostischen Irrthum.

(Verhandlungen der ital. Gesellschaft f. Gyn. Pavia, 1899.)

Ein Fall von beweglicher Dermoidcyste, die irrthümlicherweise für eine Wanderniere gehalten wurde. Diese Verwechslung war durch den klinischen Befund einigermaßen erklärlich, um so mehr, als die betr. Pat. Anfälle von sog. Nierenkolik (ähnlich den »Einklemmungserscheinungen« bei beweglicher Niere) dargeboten hatte, und da die gynäkologische Untersuchung den Zusammenhang mit den Genitalien nicht klar legte. Erst die Operation erwies das Irrthümliche der Diagnose. Der Tumor stand nur durch einen ca. 20 cm langen, dünnen Stiel mit der rechten Seite des Uterus in Verbindung, während er andererseits durch eine

Art von Ligament, das in der Gegend der rechten Niere fixirt war, nach oben gehalten wurde. **H. Bartsch** (Heidelberg).

10) Noble (Philadelphia). Bericht des Kensington Hospitals für Frauen vom 10. Oktober 1898 bis 9. Oktober 1899.

(Sonderdruck.)

Im Berichtsjahre sind im Hospitale im Ganzen 480 gynäkologische Operationen an den 402 behandelten Kranken gemacht worden, darunter befanden sich 223 größere Operationen, 190 derselben waren mit Eröffnung der Bauchhöhle verbunden, welche wegen Unterleibsgeschwülsten und anderen Krankheiten ausgeführt werden musste. Gegen die früheren Jahre ist eine Vermehrung der Operationen und überhaupt auch der Frequenz zu bemerken. Von den 190 Köliotomien hat N. selbst 169 gemacht mit 13 Todesfällen = 7,7%, während von den sämmtlichen Laparotomirten 14 = 7,4% starben. 4mal ist der Tod durch das zu Grunde liegende Krebsleiden bedingt, 2 Kranke starben an Darmverschluss, 2 an allgemeiner Peritonitis, 1 an Diabetes, 4 an Lungenödem und 1 an septischer Manie und Scheideneiterung.

Als Wunsch wird noch der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass eine besondere Abtheilung eingerichtet werden möchte zur Aufnahme von Kranken mit septischen Absonderungen, welche aber von den übrigen Kranken getrennt werden müssen, um diese nicht einer steten Gefahr auszusetzen, besonders diejenigen mit frischen Wunden. **Lühe** (Königsberg i/Pr.)

11) G. Hoestermann. Das primäre Scheidensarkom der Kinder und Erwachsenen.

(Inaug.-Diss. Bonn.)

Referat über 9 Fälle aus der Litteratur, denen dann nach ausführlicher Besprechung des Scheidensarkoms der Kinder, bei denen das Rundzellensarkom überwiegt und für die das Vorkommen von Muskelzellen charakteristisch ist, ferner der Diagnose, Prognose und Therapie ein neuer Fall aus der Bonner Klinik angefügt wird. Eine 58jährige VIIIpara zeigt einen von der hinteren Scheidenwand ausgehenden, ulcerirten, offenbar malignen Tumor. Derselbe wird mit einem Stücke der Scheide exstirpirt und wegen Kloakenbildung nach 4 Wochen nochmals eine Operation vorgenommen. Entlassung mit Incontinentia alvi. Der Tumor erweist sich als ein Spindelzellensarkom mit vereinzelten Riesenzellen, an einigen Stellen zeigt er myomatösen Bau. **Vogel** (Würzburg).

12) W. Petersen (Heidelberg). Über den Aufbau des Carcinoms.

(Verhandl. der deutschen pathol. Gesellschaft, III. Tagung 17.—20. September 1901.) Berlin, G. Reimer, 1901.

Bericht über Versuche mit der Plattenmodellirungsmethode der Embryologen zum Studium der Carcinome, die nach P. sehr instruktive Unterichtsmodelle liefert und zur Lösung noch strittiger Fragen über Morphologie und Histogenese der Carcinome beiträgt. P. fand, dass die von je einem Centrum ausgehenden Epithelmassen einen einheitlichen Stamm bilden, dessen Ausläufer im Schnitte als »Krebsalveolen« imponiren, während echte abgeschlossene Epithelinseln doch sehr selten sind, oft überhaupt fehlen, so dass also eine Diskontinuität des Epithelwachsthums nicht zum Begriffe »Carcinom« gehört. P. unterscheidet Betreffs des Ausgangspunktes das »unicentrische« Carcinom, wo die Epithelwucherung an einer Stelle, und das »multicentrische«, wo sie an verschiedenen Stellen beginnt. Der Nachweis der letzteren spricht dafür, dass der erste Beginn der Carcinome überhaupt im Epithel zu suchen ist.

Nils-Sjöbring (Lund): Über die Ätiologie der Geschwülste.

S. züchtete auf einer mit Fettderivaten versetzten, reducirenden alkalischen Nährflüssigkeit aus menschlichen Tumoren Organismen, die für weiße Mäuse

pathogen waren. Vorzeigung von 3 Impftumoren, die nach S. epithelialer Natur sind. Betreffs der Ätiologie der menschlichen Geschwülste fand S., dass anatomisch und klinisch gleichartige Geschwülste dieselben Organismen enthalten, verschiedenartige verschiedene Arten. Somit hält S. die Carcinome für verschiedene, aber in infektioneller Hinsicht nahestehende Krankheiten. Die vorgezeigten Tumoren hat indess Hansemann bei weißen Mäusen spontan entstehen sehen. (Man vergleiche die Arbeit Leopold's im Archiv für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXII. Ref.)

Jürgens (Berlin). Über Protozoen beim Carcinom.

Demonstration von Protozoen aus dem Bronchialsekret bei Carcinom der Lungen, die J. für Sarkosporidien hält. In den Krebszellen finden sich dieselben in großer Zahl, auch fand sie J. oft im Zustande der Konjugation. Sichere Schlüsse auf die Ätiologie des Carcinoms lassen sich daraus nicht ziehen.

Vogel (Würzburg).

13) **S. Göldner** (Wien). Sacrale Exstirpation des Rectumcarcinoms mit gleichzeitiger Entfernung des Uterus.

(Wiener med. Presse 1901. No. 10.)

Zwei von Hochenegg mit gutem Erfolge operirte Fälle. 1) Rectumcarcinom, ringförmig und exulcerirt, multiple Myomknoten am Uterus. Auslösung des Steißbeines und des untersten Kreuzbeinwirbels. Nach supravaginaler Uterusamputation Verschluss des Peritoneums: Vernähung der Flexur mit der Analportion des Rectum. Jodoformgazetamponade, stumpfe Dehnung des Anus; glatter Verlauf; 2 Wochen hindurch musste katheterisirt werden. — 2) Rectumcarcinom, pilzförmig der vorderen und seitlichen Rectumwand aufsitzend, exulcerirt; Übergreifen desselben auf das hintere Scheidengewölbe und die hintere Wand des Uterus. Operation in gleicher Weise, Totalexstirpation des Uterus in Zusammenhang mit dem resecirten Abschnitte des Rectum. Vernähung der Vagina und der Peritonealhöhle. Drainage. Nur in den beiden ersten Tagen Katheterisation. Reaktionslose, auffallend gute Konvalescenz.

Stoeckel (Bonn).

14) **K. Schwarz** (Agram). Zur Frage der medullaren Narkose.

(Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 9.)

Verf. hat 75mal die Medullarnarkose mit Cocain mit vollstem Gelingen angewendet bei Einhaltung der Maximaldosis von 0,015. Die auftretenden Nebenerscheinungen, wie Übelkeit, Erbrechen, Fieber und vor Allem heftigste Kopfschmerzen sind jedoch bei aller Ungefährlichkeit so lästig, dass sie eine Verbesserung des Verfahrens dringend erfordern. Ein Versuch, durch Gewöhnung in Gestalt allmählich gesteigerter Dosen eine Immunisirung zu bewirken, schlug fehl. Dagegen bewährte sich das Tropacocain (Merck) in Dosen von 0,015—0,05 in 16 Fällen glänzend. In keinem einzigen dieser Fälle waren auch nur die geringsten unangenehmen Folgeerscheinungen zu beobachten. 3 cg genügten für Operationen unterhalb des Knies, 5 cg waren nöthig bei Operationen im und am Becken (Herniotomien).

Calmann (Hamburg).

15) **L. Lewin.** Das Erbrechen durch Chloroform und andere Inhalationsanaesthetica. Ein Vorschlag zu seiner Verhütung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 2.)

Um die örtliche Wirkung des Chloroforms zu paralysiren, empfiehlt L. 2 Wege: 1) eine örtliche Anästhesirung der Magenschleimhaut durch eine Benetzung derselben mit Cocainlösung (0,05—0,1 in 500 g Wasser), 2) die Magenschleimhaut durch indifferente Mittel gegenüber dem direkt an dieselbe gelangenden Chloroform zu schützen. Zu diesem Zwecke würde er den zu Operirenden 3—4 Stunden vor der Operation und besonders ganz kurz vor derselben solche schleimige oder gummöse Mittel in größerer Menge aufnehmen lassen, durch welche auch der

Mund und die hintere Rachenwand eine Deckschicht erhalten. Als solche nennt er: Mucilago gummi arabici (1 : 2 Wasser), Tragacanth (1—2 : 100—200 Wasser), Mucilago Salep in geeigneter Verdünnung resp. ein Dekokt von Saleppulver (1—2 zu 100 Wasser) oder Carrageen (Dekokt 3—5 : 500 Wasser) oder schließlich eine Maceration aus Radix Althaeae.

Für die Äthernarkose erhofft L. von seinem Vorschlage eine Verminderung der reichlichen, sehr lästigen und unter Umständen gefahrvollen Absonderung von Speichel und Drüsenschleim durch die der Mund- und Rachenschleimhaut adhärirenden Schleimmengen.

Dass die Vorschläge schon praktisch versucht worden wären, sagt der Verf. nicht. **Graefe** (Halle a/S.).

16) **Cathelin.** Die Torsion der Hydrosalpinxsäcke.

(Revue de chir. 1901. März.)

Die Drehung der Hydrosalpinxsäcke ist dem allgemeinen Gesetze der Drehungen der Bauchorgane unterworfen, wird am häufigsten rechts und im Alter von 30 bis 40 Jahren beobachtet. Schwangerschaft ist prädisponirend. Gewöhnlich ist der Tumor von Orangengröße und im äußeren Theile der Tube entwickelt. Der Stiel besteht aus dem Lig. latum, ist meist kleinfingerdick, zuweilen nekrotisch, selten ganz abgetrennt. Die Zahl der Drehungen schwankt zwischen 1 und 2, Adhäsionen sind immer sekundär entstanden.

Die anatomischen Veränderungen sind dieselben, wie in anderen gedrehten Organen, Blutungen, Thrombosen, Nekrosen. Es giebt eine akute und chronische Torsion. Erstere ist charakterisirt durch heftigen, plötzlichen Schmerz bis zur Ohnmacht, galliges Erbrechen, zuweilen Uterusblutungen, Verstopfung, schweren Allgemeinzustand, Zeichen lokalisirter Peritonitis. Der Leib ist aufgetrieben, man fühlt einen gespannten, fluktuirenden, beweglichen Tumor. Die langsame, chronische Form ist erkennbar an nicht zu heftigen, häufigen Schmerzanfällen. Der Mechanismus der Drehung hängt von anatomischen und mechanischen Ursachen ab: von Seiten des Tumors selbst sind es die Entwicklung im peripheren Ende, langer und dünner Stiel, seine Beweglichkeit, Sitz oberhalb des Beckens, Wachsthum nach oben; von Seiten der Nachbarorgane die Einwirkung der Därme und des Uterus.

Die Prognose ist gut, wenn bald operirt wird, anderen Falles entwickelt sich leicht eine sekundäre Pyosalpinx.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: alle Bauchtumoren unter dem Nabel, besonders Stieldrehungen von Ovarialcysten oder Hörnern von Uterus bicornis; während des Schmerzanfalles Perforation des Processus vermiformis, Ruptur einer Extra-uterin-Gravidität, Torsion von gestielten Myomen, Pyosalpinx, Steinkoliken.

Als Operation ist die Laparotomie indicirt mit doppelseitiger Kastration und Hysteropexie. **Witthauer** (Halle a/S.).

17) **A. Sippel** (Frankfurt a/M.). Bemerkungen zur Tuberkulose der weiblichen Genitalien und des Bauchfelles.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Anknüpfend an einen früher von ihm operirten Fall (Deutsche med. Wochenschrift 1894 No. 52) räth S. bei Tuberkulose des Endometriums zu einfacher Ausschabung und längere Zeit fortgesetzter Jodoforminjektion. Sind gleichzeitig die Tuben erkrankt, so müssen diese entfernt werden. Ist auch der interstitielle Theil derselben inficirt oder die Tuberkulose weiter vorgeschritten, so muss auch der Uterus fortgenommen werden. Wenn dies nicht der Fall ist, so kann die oben erwähnte Behandlung des Endometriums auch nach Fortnahme der Tuben eingeleitet werden. Wie die S.'sche Kranke beweist, kann sie zu einer Ausheilung führen.

Im Weiteren weist der Verf. auf die öfters vorkommenden Spontanheilungen der Bauchfelltuberkulose hin. Er führt sie auf eine sich in starker Blut-

fülle äußernde Reaktion des Bauchfelles zurück und äußert die Ansicht, dass die Summe der heilenden Kraft, welche der eigenen Kraft des Peritoneums noch hinzuzufügen sei, um der Tuberkulose Herr zu werden, nicht eine sehr große zu sein brauche. Es wird das einfache Ablassen eines großen Exsudates einen gewissen förderlichen Einfluss haben; es wird die in Folge der Laparotomie und des Luftkontaktes eintretende verstärkte Blutfülle nützen. Aber, führt S. weiter aus, wenn wir nicht den zuverlässigen Nachweis haben, dass diese Hyperämie sich bis in die entferntesten Theile der erkrankten Bauchhöhle, wohin die Luft nicht dringt, nach einfacher, kleiner Incision fortsetzt — und daran zweifelt er —, dann sind wir gezwungen, ein sich durch diese lokale Hyperämie bildendes heilendes Serum anzunehmen, welches bis in die entferntesten Abschnitte der Bauchhöhle gelangt und dort Heilung herbeiführt.

Das häufige Ausbleiben des Erfolges bei der adhäsiven tuberkulösen Peritonitis erklärt sich dadurch, dass, wenn sich auch die Hyperämie nach dem Bauchschnitte über die verwachsenen Stellen fortsetzt, ein Serum doch an den Adhäsionen Halt machen muss.

Zum Schlusse berichtet S. über 3 Beobachtungen von anatomisch und 4 von klinisch nachgewiesener Heilung. Diesen gegenüber stehen 3 Todesfälle. Interessant ist der eine, welcher sich an eine Tuberkulininjektion, und zwar in Folge akuter, excessiver Exsudation, anschloss. Eine 2. Kranke, bei welcher die zu großen Tumoren umgewandelten Tuben aus flächenhaften, ziemlich festen Adhäsionen entfernt werden mussten, erlag einer mäßigen, allmählich fortschreitenden Nachblutung aus den getrennten Verwachsungsflächen am 3. Tage. Der 3. Fall ging vor der beabsichtigten Laparotomie an Chloroformtod zu Grunde.

Graefe (Halle a/S.).

18) **L. Landau** (Berlin). Über Behandlung der Bauchwassersucht.

(Med. Woche 1901. No. 1 u. 2.)

In einem besonders für den praktischen Arzt sehr lesenswerthen Vortrage bespricht L. die Ursachen des Ascites. Entweder handelt es sich um eine Folge von Stauung bei Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenerkrankungen, oder die freie Bauchwassersucht wird durch Reizung bei primären oder meist sekundären Erkrankungen des Bauchfelles, oder bei malignen, resp. auch benignen Erkrankungen der Organe der Bauch- und Beckenhöhle herbeigeführt. Diese 2. Kategorie des Ascites bespricht Verf. ausführlich und illustrirt sie durch Krankengeschichten. Aus den letzteren zieht er folgende Schlussfolgerungen:

1) In allen Fällen von Ascites, dessen Ursache nicht mit Sicherheit in Herz-, Nieren-, und Lebererkrankungen gelegen ist, ist die Laparotomie eben so indicirt, wie bei allen zweifelhaften Tumoren, welche die Gesundheit stören und das Leben zu vernichten drohen.

2) Sowohl die volle Punktion, als die Anwendung der Narkose zum Zwecke der Diagnosenstellung in zweifelhaften Fällen sind schlechte und verwerfliche Mittel.

Graefe (Halle a/S.).

19) **Cumma** (St. Louis). Seltene Komplikation von Appendektomie und Oophorektomie.

(St. Louis Cour. of med. 1900. Juni. p. 434.)

Nach beendeter Entfernung eines perforirten Appendix trat plötzlich aus der Tiefe des Beckens eine heftige Blutung ein, und es ergab sich, dass es sich um einen gerade geborstenen Eisack und zwar im linken Eierstocke mit einem einmonatlichen Fötus handelte. Der Eierstock wurde abgetragen nach Unterbindung der Lig. ovarii und das breite Band genäht, wonach die Blutung stand.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjährigei Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. Sonnabend, den 29. Juni. 1901.

Inhalt.

Beitrag zur Behandlung des Pruritus vulvae.

Von

L. Siebourg in Barmen.

Die Infiltrationsanästhesie und die Erfahrung, dass nach starker subkutaner Injektion von physiologischer Kochsalzlösung die Haut über den injicirten Stellen tagelang gefühllos oder mindestens wenig sensibel ist, brachten mich dazu, diese Injektionen zur Heilung des Pruritus zu verwerthen, namentlich beim Pruritus der Genitalien, des Dammes und des Afters. Ich habe gute Erfolge erzielt. Bevor ich die Methode näher beschreibe, sei es mir gestattet, im Allgemeinen einige Bemerkungen über den Pruritus zu machen.

Was die Ätiologie des Pruritus anbetrifft, so habe ich die Auffassung, dass fast alle Fälle von Pruritus vulvae nachweislich lokale

Ursache haben. Am meisten sind die Sekrete von Katarrhen des Endometriums und der Vaginalschleimhaut zu beschuldigen. Ich habe häufiger gehört, dass auch Männer nach dem Coitus mit ihrer Frau, die an Pruritus litt, über heftiges Jucken und Brennen an der Glans penis klagten: ein natürliches Experiment. So können wir auch den Pruritus bei Diabetes, Nierenleiden, Ikterus etc. durch anormale Bestandtheile im Harn erklären. Es ist ferner von Bedeutung, dass die Gegend der Genitalien so außerordentlich reich an sensiblen Nerven ist. Nachdem dann einmal die Haut gereizt ist, entsteht, wie B. S. Schultze mit Recht betont, der Circulus vitiosus: »es juckt, darum wird gekratzt, und in Folge dessen juckt es immer von Neuem, und es wird um so mehr gekratzt und gerieben«.

Es kann die primäre Ursache beseitigt sein und doch der Pruritus — den ich dann als ein besonderes Leiden für sich auffasse — in Folge der Kratzeffekte — von der Hyperämie an bis zur Verwundung — für sich fortbestehen. Es ist wohl sicher, dass im Laufe der Zeit die betreffenden Hautnerven ebenfalls miterkranken und zwar eine gesteigerte Reizbarkeit erhalten, wodurch das Übel um vieles verschlimmert und die Heilung erschwert wird. Gerade bei diesen veralteten Fällen sind die subkutanen Injektionen zu empfehlen. Als primäre Ursachen, nach deren Beseitigung der Pruritus noch lange fortbestand, konnte ich u. A. feststellen: alte Ringe, Oxyuren, Pediculi pubis, Abschneiden der Schamhaare.

J. Veit bestreitet in jedem Falle eine primäre Ursache für Pruritus durch Erkrankung des betreffenden Nervengebietes. Ich gebe die Möglichkeit dieser Entstehung für Pruritus im Allgemeinen, wie auch für Pruritus vulvae zu. Ein Jeder weiß, dass der bloße Gedanke, er habe ein gewisses Thierchen am Leibe, ihm Jucken hervorrufen kann. Ich ziehe hier einen Vergleich mit der Neuralgie und dem Herpes zoster, von welch letzterem wir wissen, dass er in Folge Erkrankung eines bestimmten Nervengebietes entsteht, bei welchem allerdings Schmerzen statt Jucken und ein charakteristisches Exanthem vorhanden sind. Für eine mögliche Neurose spricht auch, dass der Pruritus an beliebiger Stelle am Körper auftreten kann ohne sonstige nachweisbare Ursache. Ich erinnere hier an den Pruritus hiemalis und aestivus.

Der chronische Pruritus ist wohl stets eine sekundäre Erkrankung, unterhalten durch das fortwährende Kratzen und Reiben.

Ich behandle nun selbstverständlich nicht jeden Pruritus vulvae einfach mit subkutanen Injektionen, sondern, wie allgemein üblich, suche ich zuerst nach der Ursache (Harnuntersuchung!) und behandle diese. Im Allgemeinen sorge ich für Regelung der Diät (Vermeidung von Alkohol und Gewürzen).

Ich empfehle Tags über körperliche Anstrengung, damit Abends Schlafbedürfnis eintritt. Die Pat. sollen das Alleinsein und die Ruhe meiden, damit sie nicht ungenirt kratzen können. Abends sollen sie spät zu Bett gehen, Morgens früh aufstehen.

Vor allen Dingen sorge man für kurz geschnittene Nägel. Ich kenne Fälle, wo jedes Mal, wenn die Nägel wieder gewachsen waren, eine Verschlimmerung des Leidens eintrat.

Es muss den Pat. zur Gewohnheit werden, mindestens Morgens und Abends die von Pruritus befallenen Partien mit Seife und kaltem Wasser ca. 5 Minuten lang mit der Hand oder mit einem Wattebausch abzuwaschen; Tags über nach jeder Harnentleerung. Ich glaube, entgegen P. Ruge, dass man im Allgemeinen das Waschen den Pat. selbst überlassen kann. Karbolwaschungen sind von gutem Nutzen. Ich verordne dann mit Vorliebe eine Salbe von Cocain 2,0, Orthoform 1,5, Menthol 0,5, Acid. carbol. 1,0 : 20,0 Vaselin und zwar bei verletzter Schleimhaut oder Haut. Die Pat. müssen diese Salbe stets bei sich tragen, damit sie allerorts ein sofortiges Beruhigungsmittel haben und nicht durch Kratzen den Juckreiz unterdrücken müssen, den Zustand verschlimmern. Die kleinen Verletzungen, namentlich Risschen werden vortheilhaft mit Höllensteinlösung 10% bepinselt, wonach sie schnell heilen. Abends wird ein Stück Gaze mit obiger Salbe auf den Pruritus gelegt; darauf kommt ein kräftiger Wattebausch, der mit einer T-Binde fest gegen die juckenden Stellen angedrückt wird. Der Druck ist einerseits wohlthuend, verhindert mit der Salbe das Jucken; andererseits können die Pat. schlecht oder gar nicht an den Pruritus heran.

Ist das Leiden chronisch geworden, die Haut und Schleimhaut intakt, so gebrauche ich zunächst und zwar mit großem Vortheile folgende Mischung: Spir. Rusci 50,0, Acid. salicyl. 0,5, Resorcin 1,0, die nach den Waschungen, die überhaupt stets angewandt werden, Morgens und Abends mit dem Pinsel aufgetragen wird, mindestens Abends vor dem Zubettgehen. Das Mittel »beißt und brennt« einige Zeit — nöthigenfalls vorher Cocain! —, so dass der Juckreiz dann mehrere Stunden verschwindet und die Pat. schlafen können. Es hat einen dauernden und daher heilenden Erfolg. Dabei und auch nur neben den kalten Waschungen habe ich nun in letzter Zeit die subkutanen Injektionen gemacht und zwar zunächst mit ganz dünnen Lösungen von Cocain und Karbol. Ich machte aber bald die Erfahrung, dass es nicht so sehr auf ein bestimmtes Medikament ankommt als vielmehr auf eine große Menge Flüssigkeit, wodurch die Haut stark abgehoben wird und so die Nervenendigungen gezerrt und empfindungslos werden. Ich bin desshalb auch weiter gegangen und habe nach Art der physiologischen Kochsalzinfusionen bis zu $^1/_3$ Liter mittels Irrigator und Hohlnadel unter die Haut der Vulva etc. injicirt, bis eine gute Abhebung der Haut vorhanden war. Die Injektionen werden nach Bedarf am besten Abends gemacht.

Große Erfahrung und damit endgültiges Urtheil über diese Methode stehen mir noch nicht zur Verfügung. Doch sind meine Erfolge so schön, dass ich die Behandlung jetzt schon empfehlen möchte, zumal sie unschädlich ist und ohne Gefahr versucht werden kann.

Ich zweifle nicht, dass auch andere Lösungen versucht werden, vielleicht mit noch größerem Erfolge (Antipyrin u. Ä.; Desinficientien: Karbol u. Ä.). Nöthigenfalls würde ich Äther versuchen, da die Haut über Ätherinjektionen manchmal wochenlang »taub« bleibt. Vielleicht nützen auch die Gefriermittel!

Von Arsen und Atropin, innerlich gereicht, sah ich keine Wirkung. Brom und namentlich Chloralhydrat und ähnliche Präparate sind nicht zu entbehren. Eben so sind kühle Vollbäder namentlich Abends von günstiger Wirkung.

Neue Bücher.

1) B. Krönig (Leipzig). Die Therapie beim engen Becken.

Leipsig, A. Georgi, 1901.

Die Arbeit behandelt die Indikationsstellung zu operativen Eingriffen nach den 1891—1899 in der Leipziger Klinik beobachteten Geburten bei engem Becken ähnlich wie die Abhandlungen von Leopold, Pinard, Varnier u. A., und zwar sind die unregelmäßig verengten Becken, also besonders die osteomalacischen, nicht berücksichtigt, somit nur platte und allgemein verengte unterschieden. Die Grade der Beckenverengerung sind:

I. Grad. Conj. vera von 9,5—8,5 cm bei platten und 10,0 bis 9 cm bei allgemein verengten Becken.

II. Grad. Conj. vera von 8,4—7,0 cm bei platten und 8,9 bis 7,5 cm bei allgemein verengten Becken.

III. Grad. Conj. vera von 6,9—5,5 cm bei platten und 7,4 bis 5,5 cm bei allgemein verengten platten Becken.

Ausgeschlossen sind in der Zusammenstellung die Fälle, wo das Kind schon vorher abgestorben oder nicht lebensfähig war.

A. Plattes Becken. I. Grad. 371 Geburten, 131 bei Erstgebärenden und 240 bei Mehrgebärenden. Bei 127 der Erstgebärenden wurde 120mal spontan die Beckenenge überwunden, 1mal wurde erfolglos — d. h. das Kind starb — gewendet, 3mal erfolglos die hohe Zange gemacht, 2mal mit Erfolg die Symphyseotomie. Bei 228 Mehrgebärenden wurde in 209 Fällen die Beckenenge spontan überwunden, 12mal wurde die Wendung und Extraktion gemacht, 7mal mit, 5mal ohne Erfolg; in 3 Fällen die hohe Zange, 2mal mit, 1mal ohne Erfolg; in 2 Fällen mit Erfolg die Symphyseotomie.

B. Plattes Becken. II. Grad. Erstgebärende: 42mal wurde die Beckenge spontan überwunden; 1mal erfolglos die Wendung gemacht; 1mal erfolglos die hohe Zange; 2mal mit Erfolg der Kaiserschnitt; 5mal mit Erfolg die Symphyseotomie. Mehrgebärende: 84mal spontane Überwindung der Beckenenge; 14mal Wendung, 9mal mit, 5mal ohne Erfolg; 5mal hohe Zange, 1mal mit, 4mal ohne Erfolg; 11mal die Symphyseotomie, stets mit Erfolg; 7mal Kaiserschnitt, stets

mit Erfolg; 1mal künstliche Frühgeburt, das Kind starb am 2. Tage post partum.

C. Plattes Becken. III. Grad. Erstgebärende: 4mal Kaiserschnitt mit Erfolg, 3mal Symphyseotomie mit Erfolg. Mehrgebärende: 6mal Kaiserschnitt mit Erfolg; 2mal Symphyseotomie, 1mal mit, 1mal ohne Erfolg; 1mal mit Erfolg künstliche Frühgeburt.

A. Allgemein verengtes Becken. I. Grad. Erstgebärende: In allen 49 Fällen Spontangeburt oder Überwindung der engen Stelle des Beckeneinganges. Mehrgebärende: In 84 Fällen Spontangeburt oder Hilfe erst im Beckenausgange, in einem Falle mit Erfolg Wendung.

B. Allgemein verengtes Becken. II. Grad. Erstgebärende: 43mal Spontangeburt oder Hilfe erst im Beckenausgange, 3mal erfolglos hohe Zange, 3mal mit Erfolg Symphyseotomie, 1mal ohne Erfolg Kaiserschnitt. Mehrgebärende: 57mal Spontangeburt oder Hilfe erst im Beckenausgange; 7mal Kaiserschnitt mit Erfolg, 2mal Symphyseotomie mit Erfolg, 5mal Wendung, 3mal mit, 2mal ohne Erfolg.

C. Allgemein verengtes Becken. III. Grad. Estgebärende: 0mal Spontaneintritt; 7mal mit Erfolg Kaiserschnitt, 1mal ohne Erfolg Symphyseotomie. Mehrgebärende: 0mal Spontaneintritt, 7mal mit Erfolg Kaiserschnitt, 3mal mit Erfolg Symphyseotomie.

Nach Besprechung der Ansichten anderer Autoren und nochmaliger Zusammenstellung der gewonnenen Resultate in leicht übersichtlichen Tabellen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Bei Beckenverengerungen I. und II. Grades der Litzmann-schen Eintheilung ist die Gravidität nicht künstlich zu unterbrechen. Erst dann ist einzugreifen, wenn nach langer Beobachtung spontane Geburt auszuschließen ist, also wenn trotz guter Wehen und günstiger Einstellung der Kopf nicht durch den Beckeneingang tritt. Nach Ansicht des Verf. kommen hier als Operation nur Symphyseotomie und bedingte Sectio in Frage. Bei Gefährdung des Kindes ist von der Operation abzusehen. Bei jeder Gefährdung der Mutter — Zeichen von Infektion — ist der konservative wie auch Porrokaiserschnitt streng kontraindicirt, die Symphyseotomie zu widerrathen und die Perforation zu machen; ein Versuch der hohen Zange ist vorher nicht zu machen. Nach der Symphyseotomie ist stets abzuwarten. Ob die Symphyseotomie den bedingten Kaiserschnitt einschränken wird, bleibt der Zukunft überlassen, die erstere Operation hat den Vortheil, dass keine Hernien entstehen und dass spätere Geburten oft spontan verlaufen. Die künstliche Frühgeburt, die hohe Zange und die prophylaktische Wendung können die Prognose für Mutter und Kind beim engen Becken nicht bessern. Die Kraniotomie des lebenden Kindes soll nur bei Gefahr der Mutter oder ungünstigen äußeren Verhältnissen den Kaiserschnitt oder die Symphyseotomie ersetzen; auch hier ist ein Versuch der hohen Zange vorher nicht zu machen; die Mutter hat nicht das Recht, die Kraniotomie zu verlangen. Die Perforation des todten Kindes soll weitgehender angewendet werden.

2) Bei einer Verengerung unter 7 cm beim platten und $7^{1}/_{2}$ cm beim allgemein verengten Becken ist Spontangeburt auszuschließen. Bei lebendem Kinde kommt auch hier nur Symphyseotomie und Kaiserschnitt in Frage; die erstere ist aber nur dann günstig, wenn die Conj. diag. nicht unter 8,5 cm ist. Bei Gefahr der Mutter soll bei einer Conj. vera von wenig unter 6 cm Kranioklasie gemacht werden. Bei Eklampsie ist der Kaiserschnitt nicht zu empfehlen. Bei todtem Kinde soll bis 6 cm Conj. vera perforirt werden.

3) Bei einer Conj. vera unter 6 cm soll bei lebendem und todtem Kinde der Kaiserschnitt gemacht werden.

Die unter 1) aufgestellten Sätze sind derart, dass sie wohl kaum ohne starken Widerspruch bleiben werden. Andere Anstalten haben denn doch ganz andere Resultate zu verzeichnen, besonders Betreffs der Wendung und der künstlichen Frühgeburt, aber auch der hohen Zange. Diese Operationen werden offenbar in der Leipziger Klinik viel zu wenig ausgeführt, als dass sie zur Aufstellung solcher Schlussfolgerungen benutzt werden könnten. Ref. **Vogel** (Würzburg).

---

2) **A. Petersen.** Studien über die Pathogenese der Tubenschwangerschaft und die tubare Eieinbettung.

Diss., Kopenhagen, 1900.

Erst geht Verf. die früheren Theorien und Untersuchungsresultate über die Pathogenesefrage durch. Um eine Partei zu nehmen in der Uneinigkeit, welche über die Auffassung herrscht, ob die pathologischen Processe der Tuba als primär im Verhältnisse zur Tubengravidität und von Bedeutung für die Pathogenese sei, oder sekundär, hat Verf. 14 Fälle histologisch untersucht und in 12 Fällen einen deutlichen chronischen Process gefunden, am deutlichsten bei den Ost. uter. tubae, sich gegen die Stelle der Eianheftung verlierend. In 6 Fällen von Isthmusgravidität fand man den Theil der Tube, welcher der Eianheftung ampullär lag, normal. — 9mal wurde zugleich die nicht gravide Tube untersucht. In 7 dieser Fälle fand man einen katarrhalischen Process, der an Ausdehnung und Intensität dem in der graviden Tube ähnelte, während der Process in den übrigen 2 Fällen hervortretender war. — In der charakteristischen Ausdehnung und Intensität des Tubaleidens in relativ so vielen der untersuchten Fälle meint Verf. den Beweis dafür zu finden, dass der katarrhalische Process eine pathogenetische Bedeutung für die Tubengravidität haben muss. Ob der Sitz dem Uterus näher oder ferner, scheint davon abhängig zu sein, wie weit der Process sich vom Uterus in der Tube ausgedehnt hat und die Cilien des Epithels vernichtet hat. — Um eine Tubengravidität zu ermöglichen, ist es erforderlich, dass die Schleimhautpartien jedenfalls am Ost. abd. normale oder fast normale sind.

Verf. meint, dass die Freund'schen Schlängelungen der Tube ab und zu von entscheidender pathogenetischer Bedeutung für die

Tubengravidität gewesen sein sollen. Bei einem seiner eignen Fälle fand er die Schleimhaut völlig normal, aber eine ausgesprochene Schlängelung der Tube. Anderen genannten Ursachen, wie Tubenpolyp, Tubendivertikel etc., legt er keinen großen Werth bei.

Der 2. Theil der Abhandlung ist vorzugsweise auf einen Fall aufgebaut, wo die Serienschnittuntersuchungen zeigten, dass die Mola, deren Diameter 6—7 mm betrug, gegen das Lumen der Tube von Mucosa und spärlichem Muskelgewebe bedeckt war. Da er in den übrigen Fällen fast immer an der Stelle der Eianheftung Reste der Membrana capsularis (reflexa) fand, meint er, dass die Eieinbettung nach dem von Peters erst bewiesenen Princip stattfindet. Die anscheinend große Verschiedenheit bei den Verhältnissen der uterinen Eieinbettung rührt theils von dem charakteristischen Gewebebau der Tube her, theils von ihrer geringen decidualen Reaktion (Kühne). Die Untersuchungen zeigen Folgendes: Findet die Eieinbettung in der Tube an der Basis der Mucosafalten statt, so geschieht die Verkapselung in der Muscularis, wodurch der Membrana capsul. muskuläre Elemente enthalten werden. Heftet das Ei sich dagegen an die Mucosafalten selbst an, so verkapselt sich das Ei nur in dem Bindegewebe der Mucosa. Das Ei geht dann entweder schnell zu Grunde oder gelangt sekundär in die Muscularis. — Wenn Autoren früher Deciduazellen als häufig bei der Tubengravidität vorkommend besprochen haben, gründet dies sich auf eine Verwechslung mit den Langhans'schen Zellen, die oft eine ähnliche Form wie die Deciduazellen annehmen. Häufig entwickeln sich die Deciduazellen in einem relativ späten Stadium der tubaren Gravidität (nach Schluss des 2. Monats).

Kuhn Faber (Kopenhagen).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 10. Mai 1901.

Vorsitzender: Herr Odebrecht, später Herr Schülein;
Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Geschäftliches.

II. Demonstrationen.

Herr Bröse demonstrirt ein abgestorbenes Ei aus einer Tubargravidität, welches durch die Colpotomia posterior gewonnen wurde. Bei der Operation wurde die schwangere Tube in die Scheide gezogen und das Ei durch Expression aus dem abdominalen Ende der Tube entfernt. Da es nach der Expression gar nicht aus der Tube blutete, konnte die Tube erhalten werden. Sie wurde in die Bauchhöhle zurückgeschoben. Auf der anderen Seite wurde das durch Entzündungsprocesse geschlossene Abdominalende der Tube geöffnet und umsäumt. Glatte Heilung.

III. Herr Bröse hält seinen Vortrag: »Zur Pathologie und Therapie der Parametritis posterior«.

(Der Vortrag wird in extenso in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinen.)

Unter dem Namen Parametritis posterior beschrieb zuerst B. S. Schultze[1] einen sehr häufig vorkommenden Entzündungsprocess der unter dem Peritoneum der Douglas'schen Falten liegenden Ligg. sacro-uterina, der in den verschiedenen Stadien der Entzündung zur Beobachtung kommt.

Schultze sieht in dieser Parametritis posterior ein wohl charakterisirtes Krankheitsbild, dessen Symptome von ihm genau gezeichnet sind.

W. A. Freund[2] schildert in seiner großen Arbeit über »das Bindegewebe im weiblichen Becken« die chronischen Entzündungsprocesse des Beckengewebes und unterscheidet die diffuse atrophirende Parametritis von den circumscripten Formen und beschreibt als Paraproktitis unter den verschiedenen Formen der circumscripten atrophirenden Parametritis einen chronischen Entzündungsprocess, der dem Laufe der Douglas'schen Falten folgend die gleichen Fixationen der Cervix hervorrufe, wie sie von Schultze bei Parametritis posterior geschildert sind.

Ziegenspeck[3] unternahm es, durch Untersuchungen an der Leiche das klinische Bild Schultze's zu prüfen, und kam zu dem Resultate, dass Schultze's Parametritis posterior und Freund's Parametritis atrophicans circumscripta (Paraproktitis) ein und derselbe Process sind.

Küstner[4] stellte in jüngster Zeit die Behauptung auf, dass Vieles von dem, was Ziegenspeck an der Leiche gefunden, nicht parametritische, sondern perimetritische Processe seien, und kommt auf Grund von Erfahrungen, welche er bei Laparotomien an Personen, die das Tastbild der Parametritis posterior boten, gelegentlich gemacht, zu dem Schlusse, dass diesem Tastbilde gewöhnlich retro-uterin gelegene perimetritische, perioophoritische und perisalpingitische Processe entsprechen, will aber die Möglichkeit des Vorkommens einer Parametritis posterior nicht ganz in Abrede stellen.

B. hat diese Frage an der Hand von zu therapeutischen Zwecken ausgeführten Laparotomien noch einmal untersucht. Es war B. aufgefallen, dass durch Ventrofixationen, welche wegen Retroflexio uteri ausgeführt wurden, die Parametritis posterior, die einzelne dieser Fälle komplicirte, durch die Ventrofixation so außerordentlich günstig beeinflusst wurde. Es verschwanden nach der Operation die subjektiven und objektiven Symptome der Parametritis posterior. Diese Erfahrungen veranlassten B., bei hartnäckigen Fällen von Parametritis posterior, welche jeder Therapie trotzten — im Allgemeinen ist ja die Parametritis posterior für die gynäkologische Therapie, Hydrotherapie, medikamentöse Tampons und besonders für die Massage kein undankbares Gebiet — die Ventrofixation ad hoc zum Ausheilen der Parametritis posterior auszuführen, auch wenn der Uterus nicht retroflektirt lag. So hat B. in den letzten 9 Jahren 9 Fälle, welche nur den Tastbefund Parametritis posterior boten, mittels der Ventrofixation behandelt. Einen 10. Fall zieht er zu diesen Untersuchungen noch heran, in welchem wegen Perityphlitis operirt und der Schnitt zur Exstirpation des Blinddarmes in die Medianlinie gelegt wurde, um wegen einer gleichzeitig bestehenden Parametritis posterior — die Genitalorgane waren sonst gesund — die Ventrofixation auszuführen. Von diesen 10 Fällen und wenn noch 3 Fälle von Retroflexio uteri, bei denen vor der Operation außerdem der Tastbefund Parametritis posterior erhoben wurde, hinzugerechnet werden, von 13 Fällen fand sich bei der Laparotomie in 8 Fällen eine ganz reine Affektion des subserösen Gewebes der Douglas'schen Falten, ohne jede Veränderung der Adnexe und des Beckenperitoneums, in einem Falle eine beginnende Hydrosalpinx ohne jede Perimetritis, in einem Falle eine leichte Perioophoritis, in einem Falle eine richtige Perimetritis posterior, peritonitische Adhäsionen im Grunde der Douglas'schen Tasche, Anhänge waren gesund. In diesen 3 Fällen bestand aber außerdem auch eine bei der Laparotomie nachweisbare Erkrankung des subserösen Gewebes der Plicae Douglasii. Nur in 2 Fällen fanden

[1] Archiv für Gynäkologie 1876. Bd. VIII. p. 150.
[2] Straßburger Klinik 1885. p. 239.
[3] Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI.
[4] Veit's Handbuch für Gynäkologie Bd. I. p. 84.

sich schwerere Veränderungen der Tuben und Ovarien, von denen Küstner behauptet, dass sie recht häufig den Tastbefund der Parametritis posterior vortäuschen. Auch in diesen beiden Fällen konnte B. die Kombination dieser Erkrankungen mit Affektion der Ligg. sacro-uterina nachweisen. Adnexerkrankungen sind häufig mit Parametritis atrophicans sowohl der Ligg. sacro-uterina als auch anderer Partien des Beckenbindegewebes komplicirt.

Der momentane therapeutische Effekt der Ventrofixation auf die Parametritis posterior war in allen Fällen gut. Es verschwanden die subjektiven Beschwerden, und die Ligg. sacro-uterina wurden unempfindlich, dehnbar, es verschwand die starre Infiltration.

Auch die Dauererfolge waren gut bis auf einen Fall, der im 4. Jahre nach der Operation wieder leichte Beschwerden bekam.

Die Erklärung des therapeutischen Effektes der Ventrofixation auf die Parametritis posterior sieht B. in der Streckung und Elevation des Uterus und der andauernden Anspannung und Dehnung der Ligg. sacro-uterina. Zu empfehlen ist desshalb, in solchen Fällen den Uterus möglichst hoch zu ventrofixiren.

B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Parametritis posterior Schultze's ist eine Affektion des Bindegewebes und nicht des Peritoneums.

2) Die Parametritis posterior und die circumscripte Parametritis atrophicans (Paraproktitis) Freund's sind dieselben Processe.

3) Die Parametritis posterior kommt oft vor zusammen mit Erkrankungen des Peritoneums, der Tuben und Ovarien.

4) Zur Heilung von Fällen von Parametritis posterior, die jeder anderen Therapie Trotz bieten, ist die Ventrofixation (auch bei nicht retroflektirt liegendem Uterus) ein ausgezeichnetes Mittel.

5) Für die Fälle von Retroflexio, welche durch parametritische Processe fixirt sind oder mit chronischen Parametritiden komplicirt sind, ist die Ventrofixation von den verschiedenen Operationsmethoden der Retroflexio die einzig brauchbare.

Diskussion: Herr Keller hat sich in den letzten Jahren, zusammen mit Dr. Flaischlen, auch mit der Parametritis posterior beschäftigt. Ausgewählt wurden gerade diejenigen Fälle, in welchen es sich allein nur um Parametritis posterior handelte und insbesondere jede Erkrankung der Anhänge ausgeschlossen war. Wir haben in Narkose nach vorheriger sorgfältiger Untersuchung eine energische Dehnung der Ligg. Douglasii vorgenommen, so dass der Uterus wieder ganz leicht an die rechte, linke und vordere Beckenwand herangebracht werden konnte. Die Beschwerden waren mit diesem Augenblicke beseitigt. Die Misserfolge der ersten Zeit beruhten, wie wir uns später überzeugen konnten, auf der unvollkommenen Dehnung. Im letzten Jahre sind die Erfolge besser; natürlich dürfte die Beobachtungszeit noch zu kurz sein. Die Dehnung muss nun besonders im Anfange ganz allmählich vorgenommen werden, da sonst, wie wir nicht so selten beobachten konnten, der Puls unregelmäßig wird und aussetzt. Unangenehme Zufälle höheren Grades kamen nie vor. — Die rectale Untersuchung ist für die Diagnose der Parametritis posterior sehr wichtig. Der palpatorische Befund ist hier auch deutlich, wenn vaginal die Veränderungen weniger ausgeprägt erscheinen.

Herr Olshausen findet bei dem Vortrage des Herrn Bröse besonders beachtenswerth die Angabe, dass die durch Retroflexio bedingte Parametritis durch Ventrofixation zur Heilung gebracht wird.

Herr Gottschalk betont, dass man vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte aus die verschiedenen Fälle, in welchen wir klinisch eine entzündliche Verdickung des oder der Ligg. sacro-uterina konstatiren, verschieden beurtheilen muss, je nach dem ursächlichen Processe. So sei es denkbar, dass z. B. in dem von Herrn Bröse erwähnten Falle, in welchem er ein Thomas-Pessar tragen ließ und eine akute gonorrhoische Infektion hinzutrat, lediglich der Bügel des Thomas-Pessars unter der Hyperämie der gonorrhoischen Erkrankung rein mechanisch eine seröse Durchtränkung des Lig. sacro-uterinum hervorgerufen habe.

Eine derartige Verdickung verschwindet naturgemäß mit der Entfernung der Causa peccans, i. e. des Thomas-Pessars. Ganz anders seien bezüglich ihrer klinischen Bedeutung jene hartnäckigen Fälle zu bewerthen, welche die Residuen einer puerperalen Infektion (septischen Infektion) darstellen. Je mehr G. Fälle dieser letzteren Kategorie gesehen, um so mehr sei er zur Überzeugung gekommen, dass sie mit nur seltenen Ausnahmen keine isolirte Erkrankung der Ligg. sacro-uterina darstellen, sondern dass hier die Parametritis posterior nur als Theilerscheinung einer allgemeineren chronischen Erkrankung des Parametriums in Folge der vorausgegangenen septischen Processe aufzufassen sei. So sei hier ein häufiger Befund Retropositio colli mit Lateroversio corporis uteri, erstere als Ausdruck narbiger Schrumpfung im Lig. sacro-uterinum, letztere bedingt durch narbige Schrumpfung im Bindegewebe eines Lig. latum.

Naturgemäß sei auch die Behandlung je nach der Art der zu Grunde liegenden Erkrankung eine leichtere oder schwierigere. Einfach mechanisch ausgelöste, auf seröser Durchtränkung des Bindegewebes beruhende Verdickung sei leicht zu beseitigen. Die durch septische Infektion bedingten Fälle seien hartnäckiger. Diese letztere Kategorie solle man örtlich nicht zu früh angreifen, weil man sonst Verschlimmerungen erleben kann. Nach Jahr und Tag behandelt G. diese Fälle örtlich mit digitaler Dehnung, welche durch die feste Tamponade des hinteren Laquear und Heißwasserspülungen unterstützt wird. Doch legt G. Werth darauf, dass diese Dehnungsbehandlung, welche also in methodischer Verdrängung der Portio vaginalis symphysenwärts besteht, ohne Narkose vorgenommen wird, um an der Empfindlichkeit der Kranken einen Gradmesser zu haben, wie weit man in einer Sitzung gehen darf. Diese digitale Dehnungsbehandlung, auf eine Reihe von Sitzungen vertheilt, erweise sich im Vereine mit den bekannten resorbirenden Mitteln so nützlich, dass G. es dahin gestellt sein lassen will, ob und in wie weit man berechtigt ist, aus dieser Indikation die Ventrofixation zu machen.

Herr Bröse (Schlusswort) betont Herrn Gottschalk gegenüber, dass es doch sehr hartnäckige Fälle von Parametritis posterior giebt, wenn sie auch selten sind, die jeder Therapie Trotz bieten.

Ferner hält er es für ausgeschlossen, dass in dem einen Falle von Retroflexio uteri die Parametritis posterior durch das Pessar, das die Pat. 2 Jahre ohne Schaden getragen, entstanden ist, wie Herr Gottschalk glaubt, und nicht durch die später erworbene gonorrhoische Infektion.

Von Herrn Olshausen glaubt B. missverstanden zu sein in so fern, als er nicht behaupten wollte, dass man alle peritonitischen Verwachsungen des Uterus immer von der Scheide aus lösen könne, sondern dass bei Totalexstirpationen wegen Carcinom oder bei vaginalen Radikaloperationen wegen Pyosalpinx die peritonitischen Verwachsungen solche Schwierigkeiten bei der Operation im Allgemeinen nicht zu machen pflegen, wie alte parametritische Processe.

---

4) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 21. April 1901.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Frl. Dr. van Tussenbroek.

Stratz berichtet über einen Fall von Sectio caesarea und Ovariotomie (vgl. dieses Centralblatt p. 581).

In der Diskussion erkundigen sich Barnouw, Treub und Kouwer nach technischen Einzelheiten. Mit der Indikationsstellung sind alle drei einverstanden. Kouwer hätte sogar lieber gesehen, dass die Operation sofort nach Überbringung in die Klinik stattgefunden hätte. Stratz bemerkt, dass die Verzögerung nur dazu diente, um im Interesse der Pat. alle antiseptischen resp. aseptischen Maßregeln treffen zu können.

Kouwer: Ein Fall von Sectio caesarea und Myomotomie.

In K.'s Abwesenheit wurde eine 41jährige Primipara in die Klinik aufgenommen: Harter, sehr schmerzhafter Tumor im Douglas, Kopf beweglich über

dem Becken. Nabelschnurvorfall. Muttermund für 2—3 Finger durchgängig. Der Assistent entschloss sich im Interesse des Kindes zur Sectio caesarea; trotz möglichster Eile gelang es nicht, ein lebendes Kind zu entwickeln; der dunkelblaue Tumor wurde darauf entfernt und entpuppte sich als ein faustgroßes Myom.

Treub findet, dass in diesem Falle die Sectio caesarea zu übereilt geschehen ist. Die Erfahrung lehrt, dass Myome im weiteren Verlaufe der Geburt nach oben rücken.

Kouwer giebt das zu; hier jedoch gab der Nabelschnurvorfall den Ausschlag. Trotzdem meint er, dass die große Schmerzhaftigkeit des Tumors hier mit für Sectio caesarea in Betracht kam.

Treub hat in einem analogen Falle einen spontanen Partus erlebt; die einzige Berechtigung, im Kouwer'schen Falle Sectio caesarea zu machen, kann höchstens im Nabelschnurvorfalle gesucht werden.

Stratz hat in Berlin einen Fall von Cervixmyom erlebt, der durch Komplikation mit Infektion zum Tode von Kind und Mutter führte. Er hält bei der Indikationsstellung den jeweiligen Sitz der Myome für die Hauptsache. Corpusmyome steigen empor, tiefer sitzende können operatives Eingreifen nöthig machen.

Pompe van Meerdervoort demonstrirt ein Kind von 4000 g mit Kephalocele, das er bei einer 46jährigen Primipara durch Wendung und Extraktion entwickelte. Der konsultirende Arzt hatte die Diagnose nicht stellen können. P. fühlte innerhalb des bereits durchbohrten Gehirnsackes die Schädelknochen und stellte so die richtige Diagnose. Die Extraktion war wegen räumlicher Missverhältnisse äußerst schwierig.

Kouwer: Ein merkwürdiger Fall von Asphyxie bei Gesichtslage.

IXpara, erster und letzter Partus forcipal, die anderen spontan. Vorher waren vergebliche Zangenversuche angewendet worden. K. veränderte manuell die Gesichtslage in Hinterhauptslage, legte Forceps an und entwickelte ein lebendes Kind mit kräftigem Herzschlage, das trotz Schultze'scher Schwingungen etc. nicht zum Leben gebracht werden konnte. 3 Stunden nach dem Tode jedoch ließ sich konstatiren, dass die Trachea wegsam war, da beim Aufheben der Leiche Luft mit deutlichem Geräusche in die Lunge eindrang.

Bei der Sektion fanden sich in der Gegend des Kehlkopfes starke Sugillationen und Ödem des Kehlkopfes an der Stelle, wo bei den vergeblichen Zangenversuchen der Löffel gedrückt hatte. Demnach war ein akutes Glottisödem, das nach dem Tode abgenommen hatte, die direkte Ursache der Asphyxie und damit des Todes gewesen.

de Smitt fragt, ob nicht Tracheotomie hätte gemacht werden können?

Kouwer: Dieselbe Frage habe ich mir nach der Sektion auch gestellt.

Kouwer berichtet über einen Fall von äußerer Wendung auf den Kopf, wobei er bei der Kontrolle von innen konstatiren konnte, dass der Kontraktionsring auch während der Wehenpausen bestehen blieb. Die Wendung spielte sich oberhalb desselben ab, und einige Stunden darauf folgte eine spontane Geburt.

Hieran schließen sich Demonstrationen rein praktischer Art:

Kouwer: Geburtshilfliche Tasche.

Niemeijer: Verbesserter Kasten für subkutane Kochsalzinfusionen nach einem Berliner Modelle.

Niemeijer: Poliklinische Beinhalter.

In der Diskussion regt Treub die Frage an, statt der noch von Vielen gebrauchten Pipette für Argent. nitr.-Einträufelungen ein gläsernes Stäbchen zu benutzen, und Pompe erinnert daran, dass in der Zweifel'schen Klinik die Reizung durch Argent. nitr. durch vorheriges Spülen mit Kochsalzlösung neutralisirt wird, ohne dass dadurch die Wirkung des Argent. nitr. beeinflusst wird.

C. H. Stratz (den Haag).

Verschiedenes.

5) G. J. Müller (Berlin). Zur Händedesinfektion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

M. hat gesucht, die Schleich'sche Marmorseife mit der Mikulicz'schen Verwendung des Seifenspiritus zur Händedesinfektion zu vereinigen. Die Firma Jünger & Gebhardt (Berlin, Alexandrinenstraße 57) hat ihm ein Präparat aus reiner, neutraler Natronseife und Marmorkörnchen hergestellt. Dasselbe wird für den Waschtisch durch Verkneten mit 90%igem Alkohol gebrauchsfertig gemacht, indem man darauf achtet, dass größere Klumpen von Krümeln zerdrückt werden.

M. unterbreitet folgende Vorschläge für den Gang der Desinfektion: 1) Gründliches Abreiben der Hände mittels der Seife ohne Wasser unter mehrfacher Erneuerung des abzustreifenden Materiales: 3 Minuten; 2) wechselndes Anfeuchten der Haut, Abreiben der Seife und Abspülen im warmen Wasserstrahle, Reinigen der Unternagelräume mit einem Seidenfaden: 7 Minuten; 3) Sublimatlösung, Bürste: 2—4 Minuten.

Praktisch erprobt ist diese neue Seife noch nicht, M. bittet vielmehr die Chirurgen, sie praktisch und theoretisch zu prüfen. **Graefe** (Halle a/S.).

6) D. v. Ott. Über die Resultate operativer Behandlung retrocervicaler Uterusfibromyome und die Bedeutung der vaginalen Methode bei konservativer Myomektomie.

(Journ. akusch. i shenskich Bolesnej 1900. November. [Russisch.])

Bei sogenannten retrocervicalen Uterusfibromyomen wird das Peritoneum und der ganze hintere Douglas flacher und nach oben gezogen. Dabei werden die gewöhnlichen topographischen Verhältnisse des entsprechenden Theiles des Peritoneums des kleinen Beckens vollständig verändert. Diese Fibromyome, welche oft schwere Krankheitssymptome hervorrufen und eine große Neigung haben, in maligne Neubildungen überzugehen, werden als Gegenindikation zur Operation betrachtet. Verf. glaubt aber, dass diese Meinung unrichtig ist, und schlägt folgendes Verfahren vor, bei welchem er sehr gute Resultate erhalten hat. Nach dem Eröffnen der Bauchhöhle schneidet er den hinteren Theil des Wandperitoneums durch und schält dann den Tumor aus dem ihn umgrenzenden Gewebe aus. Nach der Ausschälung bleibt im Gewebe eine Höhle, welche man mit sterilisirter Gaze ausfüllen muss. Die Gaze muss man durch die Vagina nach außen führen. Die Peritonealblätter, welche gewöhnlich in ziemlich großer Menge nach der Entfernung des Tumors bleiben, müssen durch Nähte so vereinigt werden, dass das Tumorbett, mit Gaze gefüllt, von dem übrigen Theile der Bauchhöhle abgesondert wird. Die Bauchwand wird endlich vereinigt und die Vagina mit Jodoformgaze tamponirt. So wurden 52 Kranke mit 2 Todesfällen operirt.

Durch die beschriebene Methode werden 2 Absichten verfolgt: möglichst totale Absonderung der nach Entfernung des Tumors gebliebenen Höhle und Sicherung des freien Abflusses der Sekrete. Dieses kann man nach Verf.s Meinung auch auf weniger gefährlichem Wege erreichen, nämlich durch vaginale Operation. Durch den Schnitt des hinteren Scheidengewölbes kann man den Tumor erreichen und ihn auf stumpfem Wege ohne Verletzung des Peritoneums entfernen. Das Tumorbett wird mit Jodoformgaze tamponirt. Nach dieser Methode wurden 27 Kranke mit 1 Todesfall operirt. **M. Gerschun** (Kiew).

7) F. Westermark. 100 Fälle von supravaginaler Uterusexstirpation wegen Myom.

(Hygiea 1901. Januar.)

Die Arbeit ist eine Fortsetzung von Verf.s früherer Publikation über dasselbe Thema (Hygiea 1897). Verf. operirt jetzt in der Weise, dass er zuerst das

mit Klemmen gefasste Lig. latum abtrennt, dann einen vorderen, nach aufwärts konvexen Peritoneallappen (mit der Harnblase) abpräparirt und erst jetzt die beiden Artt. uterinae mit kräftigen Klemmen fasst. Nach Abtragung des Uterus im Cervixtheile werden die Uterinae mit Seide isolirt unterbunden; Ausbrennung des Cervicalkanales mit Paquelin; Exstirpation der Tuben beiderseits, Unterbindung der Artt. spermaticae. Schließlich werden die beiden Peritonealblätter mit einer fortlaufenden Katgutnaht vereinigt. Von den so operirten Fällen ist nur 1 Pat. gestorben, und zwar an einer Lungenembolie am 13. Tage p. op. Der Todesfall fällt also nur mittelbar der Operation zur Last. Nach den in Veit's Handbuch (Bd. II p. 713) angeführten Zahlen wären also die von W. gewonnenen Resultate als die besten bis jetzt erzielten anzusehen. **Elis Essen-Möller** (Lund).

8) **Herzfeld** (New York). Beitrag zur Behandlung der Phlegmasia alba dolens.

(New York med. journ. 1900. December 1.)

Eine 26jährige Frau bekam nach einer Zangengeburt am 20. Wochenbettstage zum 1. Male Fieber. Es entwickelte sich eine starke Anschwellung der linken unteren Extremität, so dass dieselbe doppelt so dick war als die rechte. Nachdem 8 Tage lang ohne Erfolg Bleiwasserumschläge gemacht worden waren, begann H. mit Einreibungen der Credé'schen Salbe (15 g). Schon nach 2maliger Wiederholung dieser Einreibung fiel die Temperatur ab, und nach Verwendung von insgesammt 240 g der Salbe war jede Schwellung verschwunden. H. empfiehlt, Versuche mit der Credé'schen Salbe zu machen. **Rissmann** (Osnabrück).

9) **J. Handfield.** Die Diagnose des Corpuscarcinoms.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 19.)

Die Symptome, die Pathologie und der klinische Verlauf von malignen Erkrankungen der Cervix sind hinreichend bekannt, aber die Diagnose der Corpuscarcinome, namentlich in den frühesten Stadien, ist zur Zeit noch schwierig. Hier kommen Verwechslungen 1) mit klimakterischen Blutungen, 2) mit der sogenannten senilen Endometritis und 3) mit Adenom vor. Die klimakterischen Blutungen sind meist an den begleitenden Symptomen, wie Wallungen, psychischer Depression etc., zu erkennen; Ähnliches kann man auch von der Diagnose der senilen Endometritis sagen. Dagegen meint H., dass es ungemein schwierig sei, das gutartige Adenom von der malignen Degeneration zu unterscheiden. Zum Beweise giebt Verf. einzelne Krankengeschichten und spricht die Ansicht aus, dass durch Schrägschnitte im mikroskopischen Bilde Irrthümer entstehen können. Der klinische Verlauf im Ganzen ist das Entscheidende. Namentlich eine Größenzunahme des Uterus nach der Menopause ist ein verlässliches Zeichen. Auch wenn nach einer Ausschabung die Blutungen bei einer im Klimakterium befindlichen Frau anhalten, wird der Operateur wahrscheinlich gut thun, den Uterus zu exstirpiren, gleichgültig, ob die mikroskopischen Schnitte gutartige oder bösartige Bilder zeigen. **Rissmann** (Osnabrück).

10) **O. Semb.** Appendicitis in der Schwangerschaft, bei der Geburt uud im Wochenbette.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1900. p. 652.)

Es wurden folgende interessante Fälle referirt:

1) 34jährige Frau, 4 Kinder, letzte Geburt vor $5^1/_2$ Jahren, Abort vor 2 Jahren. Niemals Appendicitis. Jetzt seit 14 Tagen krank, im 6. Monate schwanger. Sie hat Schmerzen in der Regio ileo-coecalis; daselbst ein fluktuirender Tumor. Temperatur 38°, Puls 106. Schwache Wehen, Muttermund nimmt die Fingerspitze auf. Der Tumor wurde incidirt, wodurch aus einer abgeschlossenen Höhle im Peritoneum stinkendes Pus entleert wurde. Drainage. In der folgenden Nacht wurde eine vor Kurzem abgestorbene Frucht geboren. Fruchtwasser stinkend.

Die Placenta wurde manuell gelöst. Circa 24 Stunden nach der Incision Collaps, Mors.

Sektion: Der Abscess geht von einem perforirten Appendix aus, von welchem ein kleiner ulcerirter Stumpf gefunden wurde nebst einem Fäkalsteine. Keine allgemeine Peritonitis. Rechte Tube und Ovarium in der Abscesswand eingebettet. In der Tube Pus. Um die Einmündungsstelle der Tube im Uterus herum wurde ein thalergroßes Stück der Decidua purulent infiltrirt und von einem schmutziggrauen, diphtheroiden Belage bedeckt gefunden; die Schleimhaut des Uterus sonst normal. Da bei der Sektion kein anderer Weg gefunden wurde, scheint es unzweifelhaft, dass die Infektion hier vom Appendix durch die Tube gewandert ist (Fruchtwasser stinkend, Kind eben abgestorben).

2) 35jährige Frau, VIpara, 2 Aborte, der letzte vor 3/4 Jahr. Vor 3 Monaten eine leichte Appendicitis. Jetzt ist sie im 3. Monate gravid. In der Regio ileocoecalis ein gänseeigroßer Tumor; abwärts im Becken ein nicht scharf begrenztes Exsudat. Schüttelfrost, Temperatur 38°, Puls 120. Incision: Tumor vom Oment gebildet, zwischen den Därmen Eiterherde. Proc. vermiformis unten im Becken adhärent, Resektion desselben, Drainage. 1 Woche nachher Darmfistel. 3 Wochen nach der Operation wurde ein Abscess in der linken Fossa iliaca incidirt. 5 Wochen nach der 1. Operation abortirte die Frau und starb am nächsten Tage unter gesteigerter Pulsfrequenz, aber normaler Temperatur.

Sektion: Zahlreiche Adhärenzen, in beiden Tuben Pus, Uterus mürbe, Processus vermiformis verdickt, in seiner Mitte eine Striktur.

Die Auffassung verschiedener Autoren wird referirt.

Verf. selbst nimmt einen exspektativen Standpunkt ein. Schwangerschaft macht nicht die Disposition zu Appendicitis größer, vielleicht die Disposition zu Recidiven.

Schwangerschaft und Geburt können vielleicht durch die veränderten topographischen Verhältnisse Adhärenzen sprengen oder eine Perforation hervorrufen. Der vermehrte Blut- und Lymphgehalt kann vielleicht die Ausbreitung der Infektion begünstigen. Diese kann sich auf den Uterus fortsetzen. — Die Statistik ist zu klein, um die Behandlung festzulegen. Bei Recidiven und schweren Fällen empfiehlt S. Operation. **K. Brandt** (Christiania).

11) K. Brandt. Appendicitis beim Weibe.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1900.)

13 Frauen waren wegen chronischer Appendicitis operirt worden ohne Todesfall, 2 von diesen in derselben Sitzung wegen Gallenstein; 3 Frauen wurden durch die Operation von einer langdauernden, starken Dysmenorrhoe befreit — eine überraschende Beobachtung, um so mehr, als keine Spur von Adhärenzen mit den Adnexen gefunden wurde, auch lag Hysterie oder Suggestion nicht vor.

Eine Pat. wurde im 6. Schwangerschaftsmonate wegen Recidiv einer jahrelang dauernden chronischen Appendicitis, die sie vollständig invalid gemacht hatte, operirt. Die Operation wurde durch den großen Uterus erschwert. Schwangerschaft und Geburt verliefen später normal. — 2 Pat. wurden während der Gravidität exspektativ behandelt und nachher im freien Intervalle operirt.

Die vorliegende Statistik über Appendicitis und Schwangerschaft findet Verf. noch zu klein, um generelle Schlussfolgerungen zu ziehen. Jeder Fall muss noch nach seiner Eigenart behandelt werden. (Selbstbericht).

12) C. A. Morton (Bristol). 40 Operationen bei Appendicitis.

(Bristol med.-chir. journ. 1900. December.)

Es waren 20 Fälle, wo ein Abscess drainirt werden konnte ohne Eröffnung des Bauchfellsackes; 2mal Exitus; 11, bei welchen in offener Bauchhöhle operirt und diese durch Gaze und Schwämme vor dem Eiter gedeckt werden musste, 2 Todesfälle; 3mal wurde mit folgender Genesung nach Ablauf der Attacke operirt; 6mal bei gleichzeitig bestehender allgemeiner eitriger Peritonitis: Alle gingen zu Grunde. Aus den beigefügten Raisonnements ist ersichtlich, wie auch Verf. noch zu keiner absoluten Indikationsstellung hat gelangen können. Beziehungen zu den Adnexen finden bei den an und für sich wenigen Operirten weiblichen Geschlechts keine Erwähnung. **Zeiss** (Erfurt).

13) Fochier (Lyon). Verlagerung des Appendix.

(Lyon méd. 1900. Juli 1.)

In der Lyoner chirurgischen Gesellschaft berichtet F. über einen Fall, wo er, gelegentlich einer Laparotomie wegen vereiterter Adnexe, einen zu 12 cm Länge ausgezogenen Appendix fand. Derselbe reichte bis in die Fossa iliaca sinistra und war dort am S romanum adhärent. Das Coecum war nicht mit dislocirt und der Appendix selbst ganz gesund. F. hat des öfteren aus der Nachbarschaft erkrankter Beckenorgane völlig gesunde Appendices entfernen müssen.

Zeiss (Erfurt).

14) A. W. Prichard (Bristol). Drei Abdominalfälle mit gewissen Besonderheiten.

(Bristol med.-chir. journ. 1900. December.)

1) Perforirtes Magengeschwür, Laparotomie, Unmöglichkeit der Vereinigung durch Naht mit oder ohne Resektion von Magenwand, Tamponade mit Jodoformgaze nach der Bauchwunde, Drainrohr in der Mitte, ein zweites solches seitlich von der linken Niere herausgeführt. Nach einigen Tagen Erscheinungen von Empyem; Eröffnung des Brustfellsackes, Pleurahöhle frei, dagegen subphrenischer Abscess, der nach Anheftung des Zwerchfelles eröffnet und drainirt wird. Trotzdem Exitus und post mortem Auffindung eines weiteren Abscesses über der rechten Niere.

2) 37jährige Pat. hat vor 9 Jahren »Appendicitis« gehabt, jetzt »Abdominalsymptome« mit Stuhlverhaltung. Laparotomie. Der Schnitt führt direkt auf ein dicht verbackenes Dünndarmkonvolut, dem der lang ausgezogene, dünne Appendix vermiformis mit seinem Ende adhärirt. Da sich die Därme nicht lösen lassen, Exstirpation und Lembert'sche Naht. Genesung.

3) Glatte Exstirpation eines großen, soliden Eierstockstumors. Einschichtige Bauchfellnaht, das Peritoneum mitfassend. Am 10. Tage Symptome von Darmverschluss. Wiedereröffnung der Bauchnarbe, Ablösung der dort flächenhaft adhärenten Därme, Bedeckung mit Netz, Schluss. Genesung. Gleichzeitig hatte rechtsseitiger Hydrothorax bestanden (Öfter bei soliden Ovarialtumoren? Ref.)

Zeiss (Erfurt).

15) Y. Ikeda (Japan). Zur Superinvolution des Uterus durch Laktation.

(Med. Woche 1901. No. 6.)

In Japan stillen die Mütter ihre Kinder nicht selten 2 oder 3, ja sogar 4 bis 5 Jahre oder noch länger. Diese Thatsache veranlasste I., nachzuforschen, ob bei solchen Frauen besonders häufig Laktationsatrophie des Uterus vorkomme. Er fand unter 75 amenorrhoischen Frauen 23 selbststillende und 52 nichtstillende (ob Letztere auch zuvor nicht gestillt hatten, ist leider nicht gesagt. Ref.). Unter den Ersteren war in 13 Fällen eine deutliche Uterusatrophie zu konstatiren. Verf. berichtet in Kürze über dieselben. Die Behandlung bestand in sofortigem Entwöhnen, möglichst guter und kräftiger Diät, Eisenmitteln und Massage alle 2 Tage.

Aus seinen Beobachtungen zieht I. folgende Schlüsse:

1) Der Uterus wird nicht bei jeder stillenden, amenorrhoischen Frau atrophisch, sondern es muss eine individuelle Disposition vorhanden sein.

2) Die Intensität der Hyperinvolution hängt von der Dauer der Laktation nicht wesentlich ab, sondern von der individuellen Widerstandsfähigkeit. Es ist anzunehmen, dass der durch das Stillen hervorgerufene Reiz in der ersten Zeit energischer auf den Uterus wirkt, während eine Wirkung hierdurch später nicht mehr hervorgebracht wird.

3) Eine allgemeine Atrophie der Muskulatur und des Fettgewebes in geringem Grade ist meistens in der Laktationsperiode vorhanden, zuweilen aber auch eine sehr hochgradige, so dass die Pat. zu Grunde gehen kann.

4) Die begleitende Anämie ist bei solchen Kranken der Folgezustand der Laktation, aber keine Ursache der Atrophie.

5) Bei jungen, gut genährten, puerperalen Frauen kann sich wohl der Uterus in einer relativ kurzen Zeit reponiren (I. glaubt aber nicht, dass bei allen Fällen eine vollständige Restitution stattfindet).

6) Die äußeren Genitalien sind (in der Laktationsperiode) meist schlaff, die Wände der Vagina in vielen Fällen prolabirt, der Uterus befand sich meist in Retroversion, Veränderungen der Adnexe konnten aber nicht konstatirt werden.

Graefe (Halle a/S.).

16) L. Landau (Berlin). Über eine bisher nicht bekannte Form des Gebärmutterverschlusses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 8.)

40jährige, nie menstruirte Pat. Seit dem 12. Jahre alle 4 Wochen heftige Beschwerden. Im 18. und 23. Jahre angeblich operirt. Die letzten 3 Jahre in Folge wiederholter Unterleibsentzündungen bettlägerig und arbeitsunfähig. Untersuchung per vaginam ergab nach 6 cm eine außerordentlich derbe, voluminöse, Fornix und Cervix ersetzende Masse; darüber, wie auch links und rechts ca. kindskopfgroße, über das kleine Becken hinausragende Tumoren. Laparotomie. Entfernung des Uterus sammt allen Geschwülsten.

Es handelte sich um: Haematometra corporis uteri; Haematosalpinx duplex; rechtsseitige Oophoritis productiva; Kystoma ovarii sin. haemorrhag.; Pachy-pelviperitonitis adhaesiva; hämatometrische Cysten im Beckenbindegewebe. An Stelle der Cervix eine rundliche, apfelgroße und apfelförmige, solide Tumormasse, die diffus in das Corpus übergeht. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass es sich um ein mesonephritisches, nach dem Typus der v. Recklinghausen'schen Adenomyome der Uterus- und Tubenwandung gebautes Adenomyom handelte. Von einem Cervicalkanale war nicht einmal mikroskopisch eine Andeutung zu finden.

Der Fall ist in so fern von besonderem Interesse, als er erst 28 Jahre nach dem Auftreten der ersten Menstruationsbeschwerden zur Operation kam.

Verf. erwähnt einen anderen von ihm operirten Fall, wo seit 15 Jahren 4wöchentliche Molimina bestanden hatten, welche aber erst in den letzten Monaten sehr heftig geworden waren, so dass die Möglichkeit vorliegt, dass eine menstruelle Blutung in den Uterus erst sehr spät erfolgte.

Bei der Operation der 1. Pat. waren beide Ureteren im höchsten Grade gefährdet: ihre Verletzung wurde durch sagittale Incision der Hämatometra und erst dann vorgenommene Befreiung und Abtragung der Adnexe verhütet. Die Rekonvalescenz war eine gute.

Die Gynatresie führt L. in vorliegendem Falle auf eine kongenitale Hyperplasie der sonst physiologisch verkümmernden Wolff'schen Körper und eine Kompression der normal mit einander verschmelzenden Müller'schen Gänge zurück. Es ist das 1. Mal, dass ein mesonephritisches Adenomyom an der Cervix gefunden worden ist.

Graefe (Halle a/S.).

17) M. Blumberg (Berlin). Beobachtungen bei der Behandlung von Puerperalfiebererkrankungen mit Marmorek's Antistreptokokkenserum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 5 u. 6.)

B. berichtet über 12 in der Zweifel'schen Klinik mit Marmorek'schem Serum behandelte Puerperalfieberfälle. Ganz leichte Erkrankungen waren ausgeschlossen. Bei 9 Pat. wurden die Lochien bakteriologisch untersucht (1mal anaërobe, gasbildende Diplokokken, 4mal Mischinfektion mit theils aëroben, theils anaëroben Streptokokken, 2mal reine Streptokokken, 2mal steril). Der Erfolg der Seruminjektionen war bei den anaëroben Diplokokken negativ.

Von den 4 Pat. mit einer Mischinfektion mit Streptokokken ist eine auszuschalten, welche nur eine Injektion erhielt und nach 4 Wochen geheilt entlassen

wurde; 2 Kranke starben, bei einer war die Serumbehandlung erst begonnen, als die schwere Infektion schon 7 Wochen bestand. Bei der 4. Pat., bei welcher die abendliche Temperatur 4 Tage zwischen 39 und 39,6° betragen, begann dieselbe nach der Injektion zu fallen und ging in 3 Tagen zur Norm zurück.

Die beiden Kranken mit sterilen Lochien wurden geheilt, dessgleichen die beiden mit reiner Streptokokkeninfektion. Während es bei der einen Pat. fraglich blieb, ob die Genesung dem Serum zuzuschreiben war, scheint dies bei der anderen der Fall. Schließlich genasen 3 Kranke, bei welchen die Lochien nicht untersucht worden waren. Eine kommt nicht in Betracht, da erst nach Abfall des Fiebers injicirt wurde. B. schließt aus diesen Resultaten sehr vorsichtig, dass es immerhin möglich ist, dass das Marmorek'sche Serum bei puerperaler Streptokokkenerkrankung einen günstigen Einfluss habe.

Erytheme nach der Injektion wurden im Ganzen 6mal beobachtet, von denen 2 ganz abortiv verliefen. Zu unterscheiden sind lokale von den allgemeiner verbreiteten Hautaffektionen. 1mal fand sich Urticaria factitia. Um die circumscripten Exantheme zu verhüten, kommt es nach B. darauf an, das Serum ausschließlich im subkutanen Bindegewebe zu deponiren. Am 1. Tage werden 20, an den folgenden je 10 ccm injicirt. Eiweißausscheidung wurde in keinem Falle hervorgerufen; in einem Falle, wo zuvor eine solche vorhanden war, ging sie nach der Injektion zurück.

Verf. theilt zum Schlusse die Krankengeschichten ausführlich mit.

Graefe (Halle a/S.).

18) G. Baumgart (Gießen). Vaginaler und abdominaler Bauchschnitt bei tuberkulöser Peritonitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 2 u. 3.)

B. berichtet über 36 in der Gießener Frauenklinik operirte Fälle von Bauchfelltuberkulese. Es finden sich darunter nicht nur solche von tuberkulösem Ascites, sondern auch der sogenannten trockenen Form der tuberkulösen Peritonitis. Nicht allein die Laparotomie wurde als Operationsmethode angewandt, sondern auch die Kolpoköliotomie, insbesondere die posterior, und zwar in 9 Fällen. In 2 derselben gelang es in Folge starker Verwachsungen der Adnexe mit den Därmen nicht, den Ascites abzulassen. Bei einer dieser Kranken wurde desswegen die Laparotomie angeschlossen. Die Zeitdauer von der Operation bis zur Entlassung schwankte zwischen 9 und 35, bei reinen, unkomplicirten Fällen zwischen 9 und 22 Tagen.

Bei der Laparotomie wurde der Schnitt in der Linea alba unterhalb des Nabels, und zwar möglichst klein angelegt, so dass eben bequem eine digitale Untersuchung der Beckenorgane vorgenommen werden konnte. Die Zeitdauer, nach welcher die Operirten entlassen werden konnten, schwankte hier zwischen 17 und 35 Tagen. Während gewöhnlich Chloroformnarkose angewandt wurde, veranlasste der Zustand zweier Pat., die lokale Anästhesie mit Cocain zu versuchen. Dieselbe bewährte sich gut. Die Austastung der Bauchhöhle erschien nicht schmerzhaft.

Bei Besprechung der Krankheitserscheinungen, welche die Pat. in die Klinik führten, erwähnt B. außer den bekannten Unterleibsstörungen solche in der Funktion der Harnblase. Er führt sie auf Verwachsungen der Blasenwandungen zurück. Für die Sicherung der Diagnose empfiehlt er die Untersuchung a recto, welche den Nachweis auch feinerer Tuberkeleruptionen im Douglas gestattet, so wie die Perkussion des Abdomens, welche sehr oft links einen größeren Dämpfungsbezirk als rechts ergiebt.

Von 24 bis zum Jahre 1898 operirten Fällen genasen 13 (54,17%) völlig 2 (8,5%) wurden gebessert. Es starben 9 (37,5%) Operirte. Die Resultate der Laparotomie und Kolpoköliotomie decken sich ziemlich. B. empfiehlt desswegen die letztere, zumal der Eingriff bezüglich des Choks und des Krankenlagers ein geringerer ist, auch die Infektionsgefahr gegenüber der ersteren vermindert, und er schließlich die Entfernung nicht zu großer erkrankter Adnexe gestattet.

Graefe (Halle a/S.).

19) **O. Christie.** Einige Bemerkungen über Sterilität.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1900. p. 1020.)

Nach Erwähnung verschiedener Formen der Portio vaginalis (ohne die Abbildungen schwer zu referiren) und deren Bedeutung als Ursachen der Sterilität lenkt Verf. unsere Aufmerksamkeit auf den Levator ani, der nicht selten durch Krampf Vaginismus bewirkt. Die Diagnose wird durch Palpation oder dadurch, dass die Einführung eines Speculums auf Widerstand stößt, gestellt.

K. Brandt (Christiania).

20) **B. Vedeler.** Meno- et metrorrhagia hysterica.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1900. p. 822.)

Bei Uterinblutungen bei Virgines u. A., nach nicht direkt den Uterus treffenden unbedeutenden Traumen oder nach Gemüthsbewegungen entstanden, soll man an die Hysterie als Ursache denken. Es darf dann in Vulva, Vagina und Uterus keine Entzündung oder Neubildung sein. Dagegen muss man andere hysterische Stigmata nachweisen. Oft findet man Hyperämie der Vulva, Vagina und des Uterus nebst Vergrößerung desselben und vom offenen Orificium uteri Sekretion eines klaren Fluidums. Gleichzeitig können hysterische Zonen im oder am Uterus gefunden werden.

Die Behandlung ist zuerst allgemein medicinisch: Bettruhe, kalte Umschläge, Ergotin. Wenn dies nicht hilft, vaginale Faradisation. Jede andere (gewöhnliche) Behandlung verschlimmert die Krankheit oder wirkt nur durch Suggestion. — Krankengeschichten.

K. Brandt (Christiania).

21) **A. P. Gubarow.** Über die Schließung der Bauchwunde und über die Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomie.

(Journ. akusch. i shenskich Bolesnej 1900. December. [Russisch.])

Um nach Laparotomie die Bildung der Bauchhernien zu verhindern, sind nach Verf.s Meinung 2 Bedingungen nöthig: eine gelungene Naht und Tragen einer Leibbinde während langer Zeit. Die Naht muss so gelegt werden, dass überall vollständiges Aneinanderstoßen vorhanden ist und nirgends Sekrete sich ansammeln können; die Schichten müssen so vereinigt sein, dass gleichartige Gewebe eben so zusammenwachsen, wie es vor der Operation war. Die Naht darf keine Ischämie hervorrufen und die Blutcirkulation in den Theilen, die in Heilung begriffen sind, nicht stören. Darum ist ein zu starkes Zusammendrücken des Gewebes durch Nähte für eine gute Heilung sehr ungünstig. Allen diesen Forderungen entspricht eine einfache 2-Etagennaht mit 2—3 tiefen Knopfnähten, welche die Ansammlung der Sekrete verhindern. Die 1. von den fortlaufenden Nähten muss das Peritoneum und die Sehnen der flachen Muskulatur vereinigen. Als Ligaturmaterial zu diesem Zwecke eignen sich am besten Renthiersehnenfäden.

Eine sehr wichtige Bedingung zur Verhütung der Bauchhernien ist ein standhaftes, ein methodisches Tragen einer Leibbinde und Vermeidung von verschiedenen Anstrengungen.

Die Einführung einer Drainage nach Laparotomie fordert einen viel sorgfältigeren Verband und eine bessere Behandlung der Bauchwunde, weil in diesen Fällen viel leichter Bauchhernien sich entwickeln. Indem wir die Turunde allmählich verkleinern, können wir eine feste Vereinigung nicht mehr erreichen. Im Allgemeinen gebraucht Verf. die Drainage nach Laparotomien in folgenden Fällen: 1) wenn die Blutung nicht vollständig aufgehört hat oder wenn man eine nachfolgende Blutung erwarten kann, und 2) wenn man erwarten kann, dass das Peritoneum inficirt wurde. In allen anderen Fällen kann die Drainage nur in der Nachbehandlungsperiode nöthig werden. Bei Erscheinungen der beginnenden Peritonitis kann die nach 3mal 24 Stunden eingeführte Drainage eine sehr günstige Wirkung haben.

M. Gerschun (Kiew).

22) **Jardine** (Glasgow). Diuretische Infusionen bei Eklampsie.

(Brit. med. journ. 1901. März 2.)

In einem polemischen Artikel giebt J. zum Schlusse an, dass Munro Kerr früher in der Klinik 47% Mortalität hatte. Jetzt, nach Anwendung der Methode des Verf., die seiner Zeit auch hier referirt wurde, ist unter 30 Eklampsiefällen nur eine Mortalität von 17% gewesen. **Rissmann** (Osnabrück).

23) **Commandeur** (Lyon). Das Stillen albuminurischer Mütter.

(Lyon méd. 1900. November 25.)

C. hat, in Übereinstimmung mit den von Budin und Chavanne berichteten Fällen, eine Anzahl albuminurischer Mütter stillen lassen, und zwar eben so wohl solche, bei denen die Albuminurie erst während der Schwangerschaft auftrat, als solche mit schon vorher bestehendem Eiweißgehalte. Er kam dabei zu dem Schlusse, dass das Stillen keineswegs ein Hindernis bildet für Rückgang oder Verschwinden des Albumen; dass die Albuminurie ohne Schaden für die Mutter und bei gutem Gedeihen des Kindes eine Zeit lang gut vertragen wird; dass sie theils lange anhält, theils bald verschwindet; dass also, entgegen der bisherigen Annahme, bloße Albuminurie keine Kontraindikation gegen das Stillen bildet, aber dabei eine genaue Überwachung des Befindens der Mutter und der Gewichtsverhältnisse des Kindes geboten ist.

Gelegentlich der sich an diese Mittheilung anschließenden Debatte berichtet Adenot folgenden von ihm beobachteten Fall: Die Frau hat 4 Kinder gehabt, das 1. 1890, todt. Seit der 1. Gravidität hat sie Eiweiß mit granulären Cylindern. Auch während der folgenden 3 Schwangerschaften Eiweiß in bemerkenswerther Menge, eben so wie während sämmtlicher 3 Stillperioden, nach der 2. z. B. noch 1,50, mit gekörnten Cylindern; 1mal auch ein Epithelcylinder. Alle Kinder gediehen gut, so wie auch die Mutter, jetzt wieder im 5. Monate schwanger.

Marduel hat 3 stillende Frauen einer Familie beobachtet, alle mit Albuminurie. **Zeiss** (Erfurt).

24) **Tittel.** Die Verwendbarkeit des Plasmons in der Säuglingsernährung.

(Therapeutische Monatshefte 1901. März.)

Nach Zweifel wird die Verdaulichkeit der Milch durch Zusatz einer 0,2- bis 0,6%igen Kochsalzlösung erhöht. Diese Angabe ist anlässlich der Plasmonversuche interessant, da Stadelmann herausgefunden hat, dass eine Plasmonlösung durch Zusatz von 1% Kochsalz in eine homogene, sehr feine Emulsion verwandelt werden kann. Durch eine solche Lösung würden dann nach Zweifel mehr Kalksalze zur Resorption gebracht und das Kaseïn besser verdaut werden können, und dieser Umstand verdient wegen der Möglichkeit einer Einwirkung auf rachitische Knochenveränderungen eine besondere Beachtung. T. hat nun bei 40 Säuglingen systematische Versuche gemacht und kommt zu folgenden Schlüssen: Man gebe das Plasmon nur bei Unterernährung der Kinder, im Allgemeinen lieber bei Säuglingen in späteren Wochen und Monaten und nur in für das Alter entsprechenden, d. h. kleinen Gaben, z. B. täglich 3 Kaffeelöffel; für ältere (6- bis 10monatige) Säuglinge bei sehr guter Verdauung kann man — unter verlässlicher Beaufsichtigung der Verdauung — pro Mahlzeit bis zu einer Messerspitze voll geben, doch ist bei Unruhe, eintretender Verstopfung das Plasmon auszusetzen, bezw. gehe man mit der Dosis zurück; denn die nachfolgende Diarrhöe ist bereits ein Zeichen der Selbsthilfe des Darmes, dass zu viel gegeben wurde.

Witthauer (Halle a/S.).

25) **E. Schlesinger** (Breslau). Über Säuglingsernährung mit Vollmilch.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 7.)

S. bezeichnet die Ernährung des Säuglings mit vorschriftsmäßig verdünnter Kuhmilch als unzweckmäßig, weil diese in ihrem Nährwerthe zu minderwerthig

ist. Er empfiehlt dafür die Vollmilchernährung, deren Bedeutung er durch 2 Beispiele illustrirt. Er rühmt ihr außerdem Billigkeit und Einfachheit nach. Selbstverständlich ist es, dass die Milch sauber gewonnen und gehalten werden muss. Ferner müssen genaueste Verordnungen über Größe und Anzahl der Mahlzeiten gegeben werden.

Verf. stellt eine ausführliche Veröffentlichung seiner in 3 Jahren mit der Vollmilchernährung gewonnenen glänzenden Resultate an anderer Stelle in Aussicht.

Graefe (Halle a/S.).

26) **J. H. Nicoll** (Glasgow). Drei Fälle von cervicaler Spina bifida, ambulant behandelt.

(Glasgow med. journ. 1901. Februar.)

Die Kinder waren 7 Wochen, 2 und 5 Monate alt. Alle drei heilten p. pr., wurden von den Müttern gestillt und gepflegt. Die Prognose der Operation — schon an und für sich besser als bei lumbaren Fällen — hängt gerade hier vie mehr von der Mutter und den äußeren Umständen ab, als vom Kinde.

Zeiss (Erfurt).

27) **B. Hart** (Edinburg). Über die Ursache der Differenzirung des Bindegewebes im menschlichen Fötus.

(Scottish med. and surg. journ. 1900. März.)

Anatomische und klinische Gründe lassen annehmen, dass die Thyreoidea im Embryonalleben funktionell thätig ist. Der experimentelle Beweis ist allerdings erst zu erbringen. Die Thyreoidea beginnt beim Fötus von 5 mm, d. h. am 21. Tage, sich zu entwickeln, und ihre völlige Ausbildung vollzieht sich dann rasch. Mit Wahrscheinlichkeit verursacht sie die Entwicklung des embryonalen Bindegewebes vom myxomatösen zum areolaren Typus; aber nur unter der Voraussetzung, dass sowohl Lymph- wie Blutgefäße vorhanden sind: So bleibt das Nabelstranggewebe, weil ohne Lymph- und Blutgefäße, also wohl auch ohne Thyreoidisation, myxomatös; der Glaskörper und die Zahnpulpe, ersterer bloß mit Lymphgefäßen, letztere bloß mit Blutgefäßen versehen, bleiben fast ganz myxomatös. Die Chorionzotten entfernen sich je mehr vom myxomatösen Typus, je älter und je länger sie vaskularisirt sind. Die freie Bedeckung des Fötus, Haut, Stranghülle, Amnios, Chorion, ist wahrscheinlich von der Thyreoidea beeinflusst. Die Hydatidenmole kann als akutes Myxödem des Chorion betrachtet und nach der Ausstoßung der Mole solle Thyreoidextrakt gegeben werden zur Überführung der myxomatösen zurückgebliebenen Zotten in fibröses Gewebe. Die Beziehung der Thyreoidea zum Deciduoma malignum ist noch zu studiren.

Zeiss (Erfurt).

28) **Vincent** (Lyon). Metritis haemorrhagica als Vorläufer von Lungentuberkulose oder als Symptom von Herzfehlern.

(Lyon méd. 1901. Februar 21.)

Dass öfters (namentlich bei fetten Frauen nach V.) Hämorrhagien vorkommen, ohne dass Abort, Blenorrhagie oder dergleichen als Ursache zu eruiren oder im Uterus eine tastbare andere Quelle festzustellen wäre, und die sich als Symptom eines Herzfehlers schließlich herausstellen, ist am Ende nichts Neues. Dagegen hat Verf. bei einer Anzahl junger Mädchen und Frauen, deren Menorrhagien oder Metrorrhagien allen Mitteln (allgemeine, interne und thermische) trotzten, die schließlich durch Curettement entfernten Fungositäten untersuchen lassen und in denselben unzweifelhafte Riesenzellen festgestellt; glaubt dem zufolge an den tuberkulösen Ursprung jener Blutungen, die er eine »uterine Hämoptysis« nennt. V. theilt mehrere Fälle seiner Praxis mit, wo derartige Fälle bald darauf an Tuberkulose (z. B. tuberkulöser Peritonitis) zu Grunde gingen.

Zeiss (Erfurt).

29) A. W. Russel (Glasgow). **Uterusmyom mit großer Blutcyste des linken Ovariums. Hysterektomie.**

(Glasgow med. journ. 1901. März.)

Eine 41jährige Jungfrau kam wegen Schwellung und Schmerzen im linken Knöchel und Fuß in Behandlung. Die Venen an der Innenseite der ganzen linken Unterextremität sehr schmerzhaft. Im Abdomen, wo übrigens gar keine Beschwerden geklagt wurden und bisher von Seiten der Pat. keinerlei Abnormitäten bemerkt waren, fanden sich 2 Geschwülste, die beide in das kleine Becken hinunterreichten. Thrombosenbildung also wahrscheinlich. Operation vom Abdomen her, glatt; Verlauf bis zum 7. Tage ganz gut, da plötzlich Collaps und Exitus, jedenfalls durch Lungenembolie. **Zeiss** (Erfurt).

30) Vincent (Lyon). **Ovariencyste mit Drehung und Zerreißung des Stieles.**

(Lyon méd. 1901. Oktober 2.)

Pat. 64jährig; Cyste im ganzen Umfange mit den Darmschlingen und Wandperitoneum verwachsen. Stiel mehrmals gedreht und abgerissen, stark sugillirt, hängt noch mit einem breiten Adhäsionsbande am Rectum. Erst nach Durchtrennung desselben gelang es, die Cyste ganz mobil zu machen. Geschichte vor der Operation (vor 3 Tagen) nicht mitgetheilt. Ambulante Behandlung, Heilung der Wunden per primam. **Zeiss** (Erfurt).

31) H. Brodtkorb. Intaktes Hymen — Coïtus in urethra — Schwangerschaft.

(Tidskrift for den norske Laegeforening 1900. p. 487.)

Der zu einer kräftigen, jungen, seit einem Jahre verheiratheten, kreißenden Frau gerufene Arzt fand im Hymen central ein $^1/_4$ cm großes Loch, peripher ein ähnliches Loch. In die Urethra konnte er einen Finger bequem hineinführen. **K. Brandt** (Christiania).

32) M. M. Mironow. Über die Einnähung der abdominalen Tubenenden in das vordere Vaginalgewölbe als Methode der Heilung der entzündlichen Erkrankungen der Adnexa und als Handgriff zur Verhütung der Schwangerschaft.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. No. 8. [Russisch.])

Der Hauptgrund der vom Verf. vorgeschlagenen Methode ist Erhaltung der Ovarien und Tuben. Zuerst wird eine sorgfältige Ausschabung der Uterushöhle und Einspritzung einer Lösung von Tinct. jodi ää mit Karbolsäure ausgeführt Dann wird das vordere Gewölbe durch einen 5—6 cm langen Schnitt geöffnet; die Blase weggerückt, das Peritoneum des vorderen Douglas'schen Raumes geöffnet und mit einer Matratzennaht an der vorderen Vaginalwand angenäht, womit die Blase vor weiteren Verwundungen geschützt wird. In die Wunde wird dann durch eine Kugelzange der Fundus uteri herausgeführt und, sobald die Tuben sichtbar werden, werden sie durch eine Ligatur gefasst. Die Fixationen werden gelöst und die kranke Tube und das Ovarium in die Wunde geführt. Wenn dieses durch den Schnitt in den vorderen Douglas nicht gelingt, wird der hintere geöffnet und die Adnexa durch den vorderen herausgeführt. Wenn man das Ovarium erhalten kann, wird die Tube von ihm entfernt, indem das Lig. latum zwischen ihnen durchschnitten wird. Der größte Theil der Tube wird in der Vaginalwunde ausgebreitet und unweit vom Uterus mit einer Ligatur unterbunden; das Ovarium, von Fixationen und vom Zusammenhange mit der Tube befreit, wird zurückgelassen. Wenn aber das Ovarium stark verändert ist, so wird es zusammen mit der Tube entfernt, und der Amputationsstumpf der Adnexa wird in die Vaginalwunde geführt und hier so eingenäht, dass die Ligaturen in der Vagina liegen bleiben. Zum Schlusse

wird die Vaginalwunde zugenäht. So werden bei nachfolgender Infektion der Gebärmutter und der Tubenenden die Keime nicht in die Bauchhöhle, sondern in die Vagina gelangen. Menstruation und Ovulation bleiben, Schwangerschaft ist ausgeschlossen. Nach dieser Methode wurden vom Verf. 4 Kranke mit guten Resultaten operirt. **M. Gerschun** (Kiew).

33) **O. Föderl** (Wien). Über Hydrocele muliebris.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. N. F. Bd. I. Hft. 9.)

Normalerweise obliterirt beim Weibe der Processus vaginalis peritonei schon gegen Ende des intra-uterinen Lebens, nur selten persistirt er als Diverticulum oder, wenn bereits abgeschlossen, als Canalis Nuckii bis in die späteren Lebensjahre. Die Hydrocele muliebris bildet in Folge dessen im Gegensatze zum Manne ein recht seltenes Vorkommnis. F. beschreibt eingehend 7 Fälle, welche die Mannigfaltigkeit der klinischen Erscheinungsform dieser Cysten anschaulich illustriren. Persistirt das Diverticulum in seiner ganzen Ausdehnung, so dass es mit einer weiteren oder engeren Öffnung mit der Bauchhöhle in Verbindung bleibt, so entsteht eine Hydrocele communicans. In einem solchen Falle F.'s konnte die (als abgeschlossen diagnosticirte) Geschwulst durch Kompression nicht verkleinert werden, und doch fand sich eine so weite Öffnung vor, dass die Tube prolabiren konnte. Neben der Hydrocele cystica, die gegen die Bauchhöhle in Folge allseitiger Abkapselung abgeschlossen ist, fand sich in F.'s Fällen auch die interessante Kombination der wahren Hydrocele mit Hernien vor. Zeigt der zum Canalis Nuckii umgestaltete Scheidenfortsatz eine Abschnürung, so entsteht bei Transsudation in beide Abschnitte die Hydrocele bilocularis extraperitonealis bezw. intraperitonealis. Beide Formen veranschaulicht F. an interessanten Beispielen, deren Einzelheiten in der Arbeit selbst nachgelesen werden müssen. Wenn sich ein bilokulär präformirter Scheidenfortsatz nicht gegen das Peritonealcavum abschließt und Eingeweide in denselben eintreten, so liegt eine Hernia properitonealis vor. Den wichtigsten Theil der gediegenen Arbeit bilden die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, die bisher, da die meisten Fälle mit Injektion oder Punktion behandelt wurden, nur selten zur Ausführung kam. In allen Fällen fand sich als bisher unbekannter Befund eine Proliferation des Endothels des Diverticulum resp. Canalis Nuckii, wobei es unter gleichzeitiger Metaplasie des flachen Peritonealepithels zu höheren Formen, zu Einstülpungen und Wandfaltungen kommt. Dadurch entstehen Gänge und Schläuche mit ampullären Erweiterungen und durch Abschnürung der letzteren kleine multiple Cystchen 2. Ordnung. Diese Proliferation und Metaplasie des Endothels am Processus vaginalis, welche sich klinisch als Cystenbildung äußern kann, scheint nach diesen Befunden eine konstante, wenn auch vielleicht nur temporäre Erscheinung bei der Entstehung der Cystocele zu sein. In stationären Hydrocelen fanden sich nämlich, da die höheren aus der postfötalen Proliferation hervorgegangenen Zellformen unbeständig sind und später wieder den Charakter des flachen Peritonealepithels annehmen, nur mehr spärliche Inklusionen der höheren Zellformen vor. Die Annahme, dass diese Gänge aus versprengten Urnierenresten entstanden sein könnten, weist F. zurück, da dieselben nirgends von cytogenem Gewebe umgeben waren und überhaupt nie im Struma des Lig. rotundum lagen, sondern direkt im bindegewebigen Hydrocelensacke. **Piering** (Prag).

34) **Freudenberg** (Dresden). Eine Anregung Behufs Erleichterung der Abdominaluntersuchung.

(Der Frauenarzt 1901. Hft. 1.)

F. empfiehlt für die Fälle, in denen eine Palpation des Abdomens durch straffe Bauchdecken gehindert wird, eine leichte Hypnose. Das sehr bald eintretende Stadium der Lethargie ist völlig genügend. F. hat selbst gute Erfolge damit erzielt und erwähnt auch, dass »täglich häufigere Berichte« beweisen, dass die Hypnose »bei einer großen Zahl von Kreißenden die Geburt schmerzlos zu gestalten« im Stande ist (? Ref.). **Stoeckel** (Bonn).

35) **M. Mann** (Buffalo). Erfahrungen in Unterleibschirurgie.

(Sonderabdruck aus Amer. med. quarterly 1900. Januar.)

Verf. erzählt hier einige Fälle, die des allgemeineren Interesse nicht entbehren. Der erste dieser Fälle ist der einer Frau, an welcher M. nicht weniger als 9mal die Bauchhöhle eröffnet hat, und zwar war der Gegenstand der Operation 1) Oophorektomie, 2) Colotomia lumbalis wegen Darmverschluss, 3) seitliche Anastomose zwischen Ileum und Sigmoid zum Schlusse des künstlichen Afters, 4) Durchtrennung des Ileums nahe der Klappe und Schluss beider Enden wegen Fehlschlagens der vorigen Operation, 5) da immer noch ein Theil der Fäces durch den künstlichen After abging, offenbar rückwärts von der Flexur aus, Durchtrennung derselben und Schluss beider Enden unterhalb des künstlichen Afters, 6) gänzlicher Schluss desselben, Ablösung des Colons von dessen Rändern, Durchtrennung und Naht beider Enden, Schluss einer Kothfistel in der Mittellinie; 7), 8) und 9) Schluss einer Ventralhernie in der Narbe. Man weiß nicht, ob man die Ausdauer der Kranken oder die des Chirurgen hierbei mehr bewundern soll. Es blieb übrigens schließlich doch noch eine kleine Fistel an der Stelle des künstlichen Afters zurück, welche jedoch keine Unannehmlichkeiten machte und für Reinigung des ausgeschalteten oberen Dickdarmstückes von Sekreten sehr nützlich war. Weniger Interesse bieten die übrigen Fälle mit Ausnahme einer Blasenfistel durch offen gebliebenen Urachus, Dermoidgeschwulst dieses und Steinbildung in der Harnblase. Auch diese Frau machte noch Nachoperationen durch, starb aber nach der dritten. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

36) **R. Schaeffer** (Berlin). Nochmals über Chirol.

(Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 4.)

Die Empfehlung des Chirols als Schutzdecke für operirende und untersuchende Hände, speciell in der geburtshilflichen Praxis seitens Kossmann's hat zu einer Polemik zwischen Kossmann und S. geführt. Letzterer hält an seiner Behauptung fest, dass die Einführung des Chirols direkt zu widerrathen sei, dass dieselbe einer Lässigkeit bei der Händedesinfektion Thür und Thor öffne. Der Chirolüberzug blättert bei leichter Berührung, besonders an den Fingerbeeren ab und ist für die Keime der Haut durchgängig. S. geht auf die Einwände ein, die Kossmann ihm gemacht hat, und veröffentlicht weitere Kontrollversuche mit Pyoceaneus und Prodigiosus, wobei er sich streng an die Vorschriften von Kossmann hielt. Das Resultat war wiederum für die Unzulänglichkeit des Chirolüberzuges absolut beweisend. Speciell den Hebammen dürfte das Mittel keinesfalls in die Hand gegeben oder empfohlen werden.

Stoeckel (Bonn).

37) **W. N. Orlow** (Petersburg). Beitrag zur Frage der Methoden der operativen Behandlung der nach Laparotomie entstehenden Hernien der Linea alba.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1901. No. 13 u. 14.)

In einer kurzen Übersicht charakterisirt O. die wesentlichsten Methoden der Bauchdeckennaht und führt als Ursachen für das Entstehen von Laparocelen an: Vereiterung der Naht, Fistelbildung, zu frühe Entfernung der Nähte bei bestehendem Husten, zu frühes Aufstehen, zu schwere Arbeit, das Nichttragen einer entsprechenden Bandage.

An der Hand von 5 Krankengeschichten beschreibt O. die Technik der Laparocelenoperation, wie sie an der Klinik von Lebedew geübt wird. Nach vorsichtiger Eröffnung der Bauchhöhle und Lösung etwaiger Adhäsionen, event. mit Resektion von Netz werden die Muskelränder frei präparirt und von den übrigen Schichten der Bauchwand abgelöst. Gewöhnlich Seidenknopfnähte in 2, seltener in 3 Etagen. Eine mehretagige Naht bietet bei Laparotomien keinen sicheren Schutz gegen Laparocelenbildung. Es ist zweckmäßiger, die Einetagennaht zum Schlusse von Laparotomiewunden zu verwenden, wobei allerdings künstliche

Schichten isolirt und sorgfältig mitzufassen sind und ein exaktes Aneinanderliegen der Ränder von Fascien und Muskeln erforderlich ist. Die Witzel'sche Methode des versenkten Silberdrahtnetzes bei Laparocelen erwähnt O. nicht.

Stoeckel (Bonn).

38) **S. Pozzi** (Paris). Beitrag zum Studium der Endometritis cervicalis.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900. No. 5. September-Oktober.)

P. ist entgegen Mendes de Leon (internationaler Kongress in Paris August 1900) der Ansicht, dass die Metritis des Collum unabhängig von derjenigen des Corpus bestehen kann; es wurde diese Thatsache auch an exstirpirten, prolabirten Uteri konstatirt.

Die Endometritis cervicalis gewinnt an Interesse durch das Faktum, dass sie die Ernährung des ganzen Genitalapparates zu kompromittiren im Stande ist.

Die medikamentöse Behandlung vermittels der Asepsis und Antisepsis kann in frischen Fällen genügen und soll immer versucht werden; immerhin muss man event. die richtige Zeit eines operativen Eingriffes nicht unbenutzt vorübergehen lassen; Excision des erkrankten Gewebes; Etablirung einer genügenden Drainirung für die Sekrete und das Menstrualblut. **Beuttner** (Genf).

39) **Renner** (Leoben). Gekochtes Katgut.

(Prager med. Wochenschrift 1901. No. 5.)

Das auf einer Glasplatte oder einem mit Gummiröhren überzogenen Metallrahmen straff ausgespannte Katgut wird auf 24 Stunden in 5%ige wässrige Formalinlösung eingelegt, hierauf durch höchstens 10 Minuten in reinem, schon erhitztem Wasser gekocht, 1 Stunde lang in demselben Behälter getrocknet und in 1%igem Sublimatalkohol aufbewahrt. Diese Zubereitungsweise ist sicher, verlässlich und billig. **Piering** (Prag).

40) **Seitz.** Überzählige und accessorische Ovarien.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 286. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1901.)

Überzählige, d. h. den paarigen vollständig gleichwerthige Ovarien sind äußerst selten (5 Fälle) und meist mit doppelter Tubenbildung einhergehend. Es handelt sich dabei um eine Missbildung per excessum.

Accessorische Ovarien, denen eine solche Selbständigkeit wie den erstgenannten nicht zukommt, können 1) in der fötalen Zeit durch Bindegewebswucherung und Einschluss der Ovarialsubstanz hauptsächlich bei dem sog. Descensus ovariorum entstehen und kommen dann entweder retroperitoneal vor, wenn die Abschnürung frühzeitig erfolgt, oder intraligamentär, wenn sich die Bauchfellduplikatur schon gebildet hat, oder schließlich, was das häufigste ist, intraperitoneal, noch in Verbindung mit dem Ovarium, mit einem bindegewebigen oder follikelhaltigen Strange oder vollständig abgetrennt; 2) postfötal durch pathologische Processe.

Versprengte Keimepithelanlagen in Form von Eiballen oder primären Follikeln hauptsächlich im Lig. latum. Die Tumorenbildung, die relativ häufig vorkommt, kann, wenn die paarigen Eierstöcke als solche nachweisbar sind, demgemäß ausgehen:

1) von einem kleinen, abgesprengten Keime der Ovarialanlage, in seltenen Fällen;

2) von einem accessorischen oder überzähligen Ovar;

3) vom paarigen Ovar selbst in der Weise, dass sich der Tumor, der vielfach nur von einem kleinen Zellkomplexe oder wie das Embryom von einer einzigen Zelle des Ovars ausgeht, durch sein fortschreitendes Wachsthum sich allmählich stielt und schließlich vollständig abschnürt. **Witthauer** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

taktes Anein
Die Witzel
ähnt O. nicht
oeckel (Bon.

etritis cervix
ber-Oktober)

a Paris August
jenigen des Ge
, prolabirten

Faktum, das
im Stande zu
d Antisepsis
nmerhin nur
nutzt vorüber
genden Drü
uttner (Ges

erzogenen
ige wissen
reinen, sie
getrocknet
ist sicher
ferling (Pr

Hirtel,
arien sind
rend. Er

den erst
bewucherung
us ovarium
die Abs
duplikat
al, noch
haltigen
esse.
imären
äufig
dem

ge, in

